# *la santé, les soins de santé et l'assurance-maladie*

rapport du
conseil national du bien-être social

automne 1990

Canada

91-07134/

# LA SANTÉ, LES SOINS DE SANTÉ ET L'ASSURANCE-MALADIE

Rapport du

Conseil national du bien-être social

Automne 1990

On peut obtenir des exemplaires de ce rapport au:
Conseil national du bien-être social
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa K1A 0K9
(613) 957-2961

Also available in English under the title:
Health, Health Care and Medicare

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990
N° de cat. H68-26/1990F
ISBN 0-662-96410-1

## TABLE DES MATIÈRES


PRÉFACE ..... i

INTRODUCTION ..... 1

1. L'ÉCART DE SANTÉ ..... 6

2. L'ÉTAT DE SANTÉ DES AUTOCHTONES ..... 16

3. OBJECTIFS NATIONAUX DE SANTÉ ..... 22

4. POLITIQUES PUBLIQUES FAVORISANT LA SANTÉ ..... 27

5. LA SÉDUCTION DE LA TECHNOLOGIE MÉDICALE ..... 32

6. LA SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES ..... 38

7. FAVORISER L'INNOVATION ..... 43

8. UNE MEILLEURE INFORMATION ..... 46

9. INDEMNISATION SANS ÉGARD À LA RESPONSABILITÉ ..... 51

10. RESPECT DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ..... 55

11. ARGUMENTS CONTRE LES PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE ..... 61

12. EXTENSION DES SOINS PROLONGÉS ..... 69

CONCLUSION ..... 77

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS ..... 80

NOTES BIOGRAPHIQUES ..... 84

## PRÉFACE

Il y a malheureusement, dans le domaine de la santé, un écart marqué entre le point de vue des experts qui se penchent sur notre système de soins de santé et celui des simples citoyens.

Les experts affirment que le nombre de médecins dépasse nos besoins, alors que la population croit généralement qu'il n'y a pas suffisamment de médecins. Les experts croient que le nombre de lits d'hôpitaux est adéquat; la population en voudrait davantage. Pour les premiers, il n'est pas essentiel de posséder tous les instruments à la fine pointe de la technologie médicale; les seconds se montrent peu critiques et veulent tout tout de suite.

Fondamentalement, les experts sont d'avis que la médecine curative atteindra bientôt ses limites et que les progrès viendront du côté de la prévention de la maladie. Le grand public se préoccupe encore de la maladie et persiste à croire que la médecine peut faire des miracles.

Le présent rapport veut tenter de rapprocher les deux parties.

# INTRODUCTION

Le Conseil national du bien-être social publiait en mai 1982 son premier rapport sur les soins de santé, Les pauvres et les soins de santé au Canada. Le document passait en revue les plus récentes données canadiennes sur les plus grands risques de maladie et de décès prématuré que couraient les démunis. Il faisait état de l'évolution de l'assurance-maladie au Canada. Et le rapport préconisait la mise en place d'un système d'assurance-maladie finalement assez semblable au régime adopté par le Parlement avec la Loi canadienne sur la santé de 1984.

Le présent rapport veut d'une part mettre à jour ce document, mais aussi aborder de nouvelles questions. Son titre, La santé, les soins de santé et l'assurance-maladie, veut rappeler aux lecteurs qu'il existe d'importantes différences entre ces trois expressions souvent confondues. Lorsqu'on parle de "santé", on se reporte à un état de bien-être physique et mental et non seulement à l'absence de maladie. Les "soins de santé" représentent une industrie qui dispense une gamme de services et de produits couverts ou non par des régimes gouvernementaux de soins de santé. Le coût des médicaments et des soins dentaires réguliers, par exemple, incombe habituellement aux particuliers ou à des régimes d'assurance privés. L'expression "assurance-maladie" a trait aux seuls services médicaux et hospitaliers couverts par les régimes provinciaux ou territoriaux publics d'assurance en matière de santé.

Nous souhaitons fournir de plus amples renseignements sur chacune de ces trois grandes questions. Bon nombre des sujets abordés n'apporteront rien de nouveau aux experts dans le domaine; ils font l'objet de discussions dans les cercles scientifiques et médicaux depuis des années, mais n'ont pas encore eu beaucoup d'impact sur la façon de voir des citoyens ordinaires.

Allons-y d'abord d'un point de vue général, et posons les questions les plus difficiles. Pourquoi les démunis vivent-ils moins longtemps que les personnes à l'aise et pourquoi leur état de santé est-t-il moins bon que celui des autres? Quels obstacles empêchent d'améliorer l'état de santé des autochtones? Peut-on convaincre les gouvernements de l'impact significatif, sur la santé des Canadiens, de bon nombre de facteurs n'ayant rien à voir avec les ministères de la Santé?

Dans les chapitres suivants, nous aborderons diverses façons d'améliorer le système de soins de santé. La majorité des changements apportés au cours de la dernière génération concernaient les dispositions financières en matière de soins plutôt que l'organisation comme telle du système. Pour tout dire, les gouvernements sont intervenus et ont commencé à verser directement aux médecins et aux hôpitaux les frais de leurs services aux malades. On a trop souvent négligé des questions telles que l'utilisation optimale de la technologie médicale.

Enfin, dans les derniers chapitres, nous examinerons les conséquences de la Loi canadienne sur la santé sur diverses questions relatives à l'assurance-maladie. Nous commenterons des problèmes qui ont surgi, nous reprendrons les arguments puissants que nous mettions de l'avant en 1982 contre les primes d'assurance-maladie, et nous inciterons les gouvernements à redoubler leurs efforts dans le domaine des soins prolongés ou de longue durée.

Nous exprimons de temps à autre le souhait que l'administration fédérale assume davantage un rôle de chef de file dans les domaines de la santé, des soins de santé et de l'assurance-maladie, ce qui n'a rien de surprenant puisque le Conseil a pour mandat de conseiller le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Mais d'autres raisons

importantes nous poussent aussi à souhaiter que l'administration fédérale use de son influence importante.

En tout premier lieu, nous croyons que le régime canadien de soins de santé et la promotion d'un meilleur état de santé chez les Canadiens doivent reposer sur des initiatives d'envergure nationale, initiatives qui ne verront le jour que si l'administration fédérale joue activement le rôle de chef de file. Quoique aux termes de la Constitution, la prestation de services de santé relève des provinces, le fait est que l'administration fédérale occupe depuis longtemps une place importante grâce à son "pouvoir d'achat".

L'effet de levier des dépenses fédérales a contribué directement à la création du régime d'assurance-maladie dont nous disposons aujourd'hui. Ce sont des lois fédérales qui ont établi les normes du régime et des contributions fédérales qui ont permis aux provinces et aux territoires de mettre en place leur propre régime d'assurance-maladie dans ce contexte national.

Ce sont par ailleurs les services de santé de longue durée pour les personnes âgées et les malades atteints de maladies chroniques qui ont le moins bénéficié de la présence de l'administration fédérale et qui sont le moins développés. Compte tenu des disparités régionales et de l'impossibilité dans laquelle se trouvent les plus petites provinces de lancer à elles seules de nouveaux programmes d'envergure, nous croyons que la mise en place d'un réseau public de maisons de repos et de services à domicile à travers le pays dépend de l'initiative de l'administration fédérale et de contributions fédérales importantes.

La deuxième raison a trait à la mobilité des Canadiens. Les gens qui se déplacent d'une province à l'autre doivent pouvoir compter sur des services et des occasions comparables partout. Des gens qui ont grandi au Manitoba, par exemple, et payé des impôts

pendant la majeure partie de leur vie pour maintenir un régime provincial d'assurance-maladie prévoyant des soins en maison de repos assurés devraient pouvoir compter sur un régime semblable s'ils s'installent en Colombie-Britannique après la retraite.

Troisièmement, bon nombre des problèmes et des défis dans le domaine de la santé dépassent les frontières des provinces et des territoires particuliers. Il ne serait pas logique que les provinces et les territoires forment leur propre groupe d'experts pour évaluer la technologie médicale de pointe ou entreprennent les mêmes projets pilote visant à améliorer leur régime d'assurance-maladie individuel.

Les provinces et les territoires ont néanmoins un rôle important à jouer dans l'évolution de notre système de soins de santé. Ils sont responsables du fonctionnement quotidien du régime d'assurance-maladie, de sorte que leur compétence, leurs conseils et leurs engagements financiers énormes sont indispensables. Le nombre de commissions d'enquête et d'études sur les soins de santé annoncées par les provinces ces dernières années indique qu'elles prennent leurs responsabilités au sérieux.

Nous aimerions savoir dans quelle mesure les provinces et les territoires sont prêts à dépasser leurs propres frontières pour travailler ensemble et avec l'administration fédérale à l'élaboration de programmes qui profiteraient nettement à tous les Canadiens. La collaboration n'a pas été à l'honneur ces derniers temps, et les exemples d'échecs semblent plus nombreux que les exemples de réussites.

Il n'a pas été possible de s'entendre sur une question aussi simple et raisonnable que l'élaboration de définitions uniformes pour différents types de services de soins de santé prolongés. Un groupe d'étude fédéral-provincial a entrepris cette tâche en 1972, mais peu de progrès ont été notés jusqu'à ce jour. Les expressions

d'usage courant varient toujours beaucoup d'une province à l'autre et sont souvent déroutantes, trompeuses ou impossibles à comprendre pour des gens ordinaires.

Les plus grandes provinces, notamment le Québec et l'Ontario, pourraient entreprendre seules d'importants projets dans le domaine des soins de santé, mais il serait dommage qu'elles laissent derrière elles les plus petites provinces. Il en résulterait un régime variant considérablement d'une province à l'autre et l'accès à certains types de soins assurés dépendrait principalement du lieu de résidence.

Un régime aussi disparate nous éloignerait sensiblement du régime national global d'assurance-maladie préconisé par les fondateurs de l'assurance-maladie et qui bénéficie de l'appui de la grande majorité des Canadiens.

## 1. L'ÉCART DE SANTÉ

L'écart de santé entre riches et pauvres représente une des caractéristiques les plus déplorables de la vie au Canada. Cela signifie que les Canadiens à l'aise vivent en moyenne plus longtemps que les Canadiens démunis, et que l'état de santé des premiers est meilleur que celui des seconds. On ne connaît pas bien les raisons de cet écart, mais il semblerait qu'il dépende dams une large mesure des conditions de vie débilitantes qui accompagnent l'état de pauvreté.

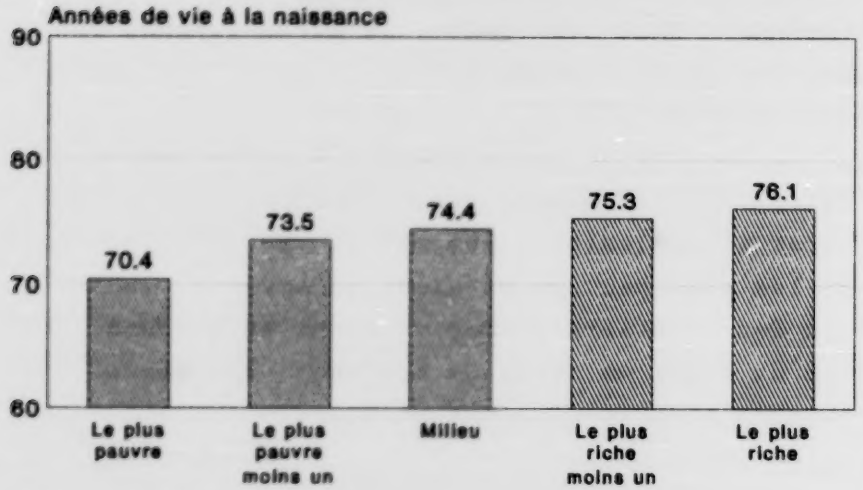
On peut mesurer l'écart de santé au moyen de deux types de normes. Il est exprimé le plus souvent en termes de taux de décès ou d'espérance moyenne de vie chez les gens de différents groupes de revenu. On peut aussi l'exprimer comme un "espoir de santé" qui compare le degré de santé des gens de différentes catégories de revenu. Les résultats sont semblables que l'on ait recours à l'une ou l'autre méthode.

Les données les plus récentes sur les taux de décès indiquent que l'écart de santé a diminué au Canada entre 1971 et 1986, mais la différence entre riches et pauvres demeure marquée, notamment chez les hommes.[1]

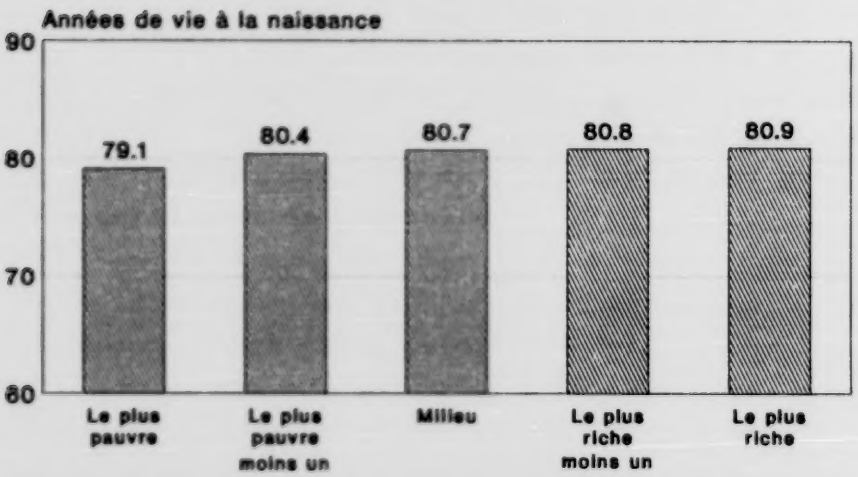
Des recherchistes de Statistique Canada et de Santé et Bien-être social Canada ont étudié les décès dans les grandes villes chez les résidents de divers types de quartiers en 1971 et 1986. Les quartiers ont été divisés en cinq groupes et classés selon le pourcentage de personnes défavorisées dans chacun.[2]

Les deux études ont conclu que plus le quartier était pauvre, plus l'espérance moyenne de vie des résidents était brève. Le Graphique A présente les résultats pour l'année 1986.

## Espérance de vie des hommes selon le revenu du quartier, 1986




## Espérance de vie des femmes selon le revenu du quartier, 1986




Graphique A

Dans les quartiers les plus pauvres, les hommes vivaient en moyenne pendant 70,4 années, alors que dans les quartiers les plus riches, ils vivaient en moyenne pendant 76,1 ans; l'écart était donc de 5,7 années. Chez les femmes, la durée moyenne de la vie variait entre 79,1 et 80,9 années; l'écart était donc de 1,8 an.

Bien que les écarts de santé aient été moins importants en 1986 qu'en 1971, chez les hommes comme chez les femmes, les caractéristiques générales sont les mêmes. En 1971, les hommes des quartiers les plus pauvres vivaient en moyenne pendant 67,1 années et ceux des quartiers riches vivaient en moyenne pendant 73,4 ans, soit un écart de santé de 6,3 ans. Les femmes des quartiers les plus pauvres vivaient en moyenne pendant 76,9 années et celles des quartiers les plus riches, pendant 79,7 ans, pour un écart de 2,8 ans.

Comme l'indique le Tableau 1, on peut aussi relever le lien qui existe entre le revenu et la mort dans les taux de mortalité infantile révélés par les deux études. Les taux de mortalité infantile ont baissé radicalement entre 1971 et 1986, qu'il s'agisse du taux global pour le Canada urbain ou des taux de chaque type de quartier. Mais les bébés nés de parents dans les quartiers les plus pauvres risquaient toujours deux fois plus que les bébés nés de parents dans les collectivités les plus riches de mourir avant leur premier anniversaire.

**TABLEAU 1**

**DÉCÈS DE NOURRISSONS PAR MILLIER DE NAISSANCES DANS LE CANADA URBAIN, SELON LE REVENU DU QUARTIER**

| | 1971 | 1986 |
|---|---|---|
| Quartiers les plus pauvres | 20,0 | 10,5 |
| Les plus pauvres moins un | 16,6 | 8,0 |
| Milieu | 15,2 | 7,7 |
| Les plus riches moins un | 12,4 | 5,7 |
| Quartiers les plus riches | 10,2 | 5,8 |
| TOUS LES QUARTIERS | 15,0 | 7,5 |

Une étude de Statistique Canada et de l'Institut canadien de recherche avancée fournit des données plus récentes sur l'écart de santé, en établissant des liens entre le décès et les gains individuels, sur un certain nombre d'années, chez des hommes de 65 ans et plus ayant contribué au Régime de pensions du Canada.[3]

Chez les hommes âgés entre 65 et 70 ans, les taux de décès ont diminué progressivement à mesure qu'augmentait le niveau des gains pendant les années qui ont précédé la retraite. Au bas de l'échelle des revenus, les taux de décès sont à peu près deux fois plus élevés qu'au haut de l'échelle.

L'étude corrobore les résultats d'études antérieures; elle est d'une grande importance parce qu'elle se fondait sur les revenus individuels plutôt que sur les revenus de quartiers, parce que les données sur les revenus portaient sur un grand nombre d'années et parce que l'échantillonnage était très important et très représentatif.

"Il pourrait difficilement exister un résultat aussi peu équivoque", de conclure les recherchistes. "Ces données portent sur plus d'un demi million de personnes et représentent, pour chaque individu, près d'un quart de siècle de vie."

Ces études ainsi que des recherches effectuées dans d'autres pays révèlent qu'il existe un lien étroit entre l'espérance de vie et le revenu; de la même manière, des études portant sur l'espérance de santé démontrent que les pauvres sont plus souvent qu'à leur tour malades et handicapés.

"Il ressort clairement que les personnes peu instruites, appartenant aux couches socio-économiques défavorisées, jouissent en général d'une moins bonne santé que les gens plus fortunés et instruits", peut-on lire dans le rapport de l'Enquête Santé Canada de 1978.[4]

Le Tableau 2 qui suit est fondé sur une étude plus poussée des données de l'enquête. Il indique l'espérance de vie totale des gens de différents groupes de revenu en 1978 et le nombre d'années correspondant à chaque état de santé.[5]

De façon générale, les Canadiens du groupe aux revenus les plus faibles vivaient en bonne santé, sans restrictions de leurs activités, pendant 54,9 années. Le nombre de bonnées années augmente progressivement avec le revenu, atteignant chez le groupe de personnes aux revenus les plus élevés 65,9 années de bonne santé. En d'autres mots, l'écart entre les personnes à revenus élevés et faibles est de 11 années de bonne santé.

Par ailleurs, les personnes à faible revenu avaient plus d'années de mauvaise santé que les nantis. Dans le groupe aux revenus les plus faibles, par exemple, les gens ne pouvaient s'acquitter d'une activité majeure pendant 5,4 années en moyenne,

comparativement à une période de 0,8 année dans le cas des personnes du groupe aux revenus les plus élevés.

**TABLEAU 2**

**ANNÉES DE VIE, SELON L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE REVENU, 1978**

| | Groupe de revenu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| État de santé | Le plus faible | Le plus faible moins un | Milieu | Le plus élevé moins un | Le plus élevé |
| Aucune restriction des activités | 54,9 | 59,9 | 62,7 | 63,1 | 65,9 |
| Handicaps de courte durée | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,5 |
| Restriction d'activités mineure | 1,5 | 1,7 | 1,4 | 1,8 | 3,0 |
| Restriction d'activités majeure | 8,7 | 7,7 | 7,5 | 8,0 | 5,2 |
| Ne peut faire d'activités majeures | 5.4 | 3.2 | 1.7 | 1.3 | 0.8 |
| ESPÉRANCE DE VIE TOTALE | 71,9 | 73,8 | 74,7 | 75,5 | 76,4 |

Les données classifiées selon le sexe révèlent que les hommes du groupe de revenu inférieur vivaient en moyenne pendant 50 années sans restriction de leurs activités, alors que ceux du groupe aux revenus supérieurs disposaient de 64,3 années de bonne santé; l'écart est donc de 14,3 ans. Chez les femmes, celles du groupe aux revenus les plus faibles avaient 59,9 années sans restriction

de leurs activités, comparativement à 67,5 années pour celles du groupe aux revenus supérieurs - un écart de 7,6 ans.

"Il n'existe pas, entre les riches et les pauvres du Canada, d'échange entre l'espérance de vie et la restriction des activités", de conclure les recherchistes. "Une vie plus courte n'est pas compensée par un nombre inférieur de handicaps."

Des données recueillies par Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada révèlent aussi d'importantes différences dans l'état de santé des jeunes hommes et femmes selon le revenu familial.

Comme l'affirmait Russell Wilkins du Centre canadien de l'information sur la santé, Statistique Canada, devant le Sous-comité sur la pauvreté de la Chambre des communes, 1990: "Selon les meilleures données disponibles pour le Canada, il semble que les problèmes de santé des enfants pauvres commencent avant la naissance et continuent d'augmenter les risques de mort, d'incapacité et d'autres problèmes de santé pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence."[6]

Un poids peu élevé à la naissance - les bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes - est un facteur de risque de mortalité infantile et d'invalidité très sérieux. En 1986, le taux moyen de faible poids à la naissance était de 7 p. 100 dans les quartiers urbains les plus pauvres, alors qu'il était de 5 p. 100 seulement dans les quartiers les plus riches.

Les adolescentes risquent plus que les femmes plus âgées de donner naissance à des bébés de faible poids, quel que soit le revenu. Toutefois, le taux de naissances chez des adolescentes est à peu près quatre fois plus élevé dans les quartiers urbains les plus pauvres que dans les quartiers les plus riches.

Enfin, des études récentes ont révélé un lien étroit entre le revenu et l'invalidité chez des enfants âgés de moins de 15 ans. Chez les enfants qui vivaient au sein de leur famille en 1986, 7 p. 100 de ceux qui se trouvaient dans les familles les plus démunies étaient invalides, comparativement à 3,5 p. 100 des enfants de familles très à l'aise. L'écart était encore plus marqué lorsqu'on s'en tenait aux seuls handicaps graves.

Les résultats de ces études et d'autres sont clairs et constants, mais on ne sait toujours pas pourquoi cet écart de santé existe. Des études sur le revenu et le taux de mortalité tenant compte de tous les facteurs de risque connus ont révélé qu'il demeurait entre riches et pauvres un écart important qui n'a pas été expliqué.

Dans le cadre d'une étude menée dans le comté d'Alameda en Californie, des chercheurs ont découvert que le risque de décès des personnes avec revenu familial inadéquat était 2,1 fois plus grand que celui des personnes ayant un revenu élevé. Après avoir modifié les données de manière à tenir compte des facteurs comme l'âge, le sexe, la race, l'usage de tabac, la consommation d'alcool, les habitudes de sommeil, l'activité physique, le poids, la tension artérielle et la présence de troubles cardiaques, de douleurs de poitrine, de diabète ou de cancer, le risque était encore 1,6 fois plus important chez les personnes du groupe aux faibles revenus que chez le groupe aux revenus élevés.[7]

Des comparaisons internationales entre pays industrialisés indiquent que la mortalité est étroitement liée à la répartition du revenu et non à un montant fixe de revenu. Une étude portant sur les onze pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques révèle que dans les pays où la répartition du revenu est plus égale, l'espérance de vie est plus grande.[8]

C'est en Suède, en Norvège et dans les Pays-Bas que la répartition du revenu est la plus égale et que l'espérance de vie est la plus grande. Aux États-Unis, où on trouve une très grande richesse comme une très grande pauvreté, l'espérance de vie globale est la plus faible sauf une. Le Canada se situe à peu près au milieu dans les deux cas.

L'administration fédérale a reconnu officiellement l'écart de santé dans la publication de 1986 du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social intitulée La Santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé.

"Le premier défi consiste à trouver les moyens de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les groupes de citoyens à faible revenu et les mieux nantis", peut-on y lire. "Tandis que nous sommes à la recherche de politiques de santé qui puissent porter notre pays avec confiance ves l'avenir, il est évident que l'atténuation des inégalités entre riches et pauvres sur le plan de la santé constitue un de nos principaux défis."[9]

Mais depuis 1986, le gouvernement n'a pas adopté les deux mesures de base qui découlent naturellement de son engagement général face à la réduction de l'écart de santé, c'est-à-dire accorder plus d'argent à la recherche sur le problème et rassembler plus de données sur la question.

Presque tous les organismes nationaux dans le domaine des soins de santé ont préconisé le recours à des enquêtes régulières sur l'état de santé des Canadiens; on compte parmi ceux-là l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne de santé publique.

L'Enquête Santé Canada devait se tenir tous les ans, mais a été discontinuée après un an seulement, suite à la restriction des

dépenses fédérales. Il faudrait revenir sur cette décision et diriger une telle enquête de façon régulière.

L'administration fédérale devrait agir rapidement, le Québec ayant lancé sa propre enquête sur la santé et l'Ontario se proposant de faire de même. Outre qu'il soit inefficace pour chaque province d'agir individuellement, il pourrait être plus difficile d'obtenir des données sûres à l'échelle nationale s'il y avait des initiatives distinctes. Au fur et à mesure que les provinces du Québec et de l'Ontario constitueraient des banques de données, elles hésiteraient de plus en plus à modifier leurs enquêtes de manière à se conformer aux besoins nationaux. Les provinces plus démunies ne pouvant se permettre de mener seules de telles enquêtes seraient totalement exclues.

**Recommandation 1.** **L'administration fédérale devrait mener régulièrement des enquêtes sur l'état de santé des Canadiens, et chercher à comprendre l'écart de santé qui existe entre riches et pauvres.**

**Recommandation 2.** **L'administration fédérale devrait consacrer davantage de ressources, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement, à la recherche sur les causes de l'écart de santé et sur des façons de rétrécir cet écart.**

## 2. L'ÉTAT DE SANTÉ DES AUTOCHTONES

Lorsqu'on parle de l'écart de santé et des problèmes de santé extraordinaires des Canadiens pauvres, on songe immédiatement à un groupe défavorisé en particulier, soit les autochtones. De nombreuses études ont démontré le risque énorme de décès ou d'invalidité que courent les Indiens reçus qui habitent des réserves, sans parler des autochtones habitant ailleurs.

Les données statistiques fédérales les plus récentes indiquent que plus d'un demi million d'Indiens reçus vivent au Canada, dont environ 60 p. 100 dans des réserves. D'après le gouvernement, le nombre de Métis et d'Indiens non reçus se rapproche de 400 000, mais certains groupes croient que leur nombre est beaucoup plus élevé. On compte aussi environ 33 000 Inuit, surtout dans les territoires du Nord-Ouest.[10]

Bien qu'il y ait eu ces dernières années chez les autochtones d'importantes améliorations dans certains secteurs de la santé, l'aperçu général demeure assez peu reluisant. L'espérance de vie à la naissance des Indiens reçus habitant des réserves sera en moyenne de 65,7 années pour les hommes et de 73 années pour les femmes en 1991. Dans la population en général, les données comparatives sont de 74,1 années pour les hommes et de 81,2 années pour les femmes.[11]

En 1986, le taux de mortalité infantile chez les enfants de la naissance à 12 mois était de 17,2 décès par mille enfants nés vivants chez les Indiens reçus, soit plus de deux fois la moyenne canadienne de 7,9 décès pour le même nombre d'enfants nés vivants. C'est au cours de la période postnéonatale, soit entre 1 et 12 mois, que surviennent la majorité des décès.[12]

Des taux continuellement élevés de décès postnéonatal portent à croire qu'un nombre trop important de nourrissons succombent aux conditions générales responsables du piètre état de santé des habitants des réserves. Lorsqu'ils quittent l'hôpital pour la maison, les nourrissons courent des risques pour la santé de beaucoup supérieurs à la moyenne.

Une étude effectuée récemment par l'Institut canadien de la santé infantile décrit comme suit l'état de santé des autochtones:[13]

> La situation défavorisée des enfants autochtones sur le plan de la santé représente un problème digne du Tiers monde au sein de notre société. Les maladies dont les autochtones sont victimes ressemblent à celles de la plupart des pays en développement. Les infections, et les maladies dues à des parasites et à des problèmes respiratoires, souvent aggravées par la malnutrition, sont responsables de la plupart de la mortalité infantile. Il y a aussi des "maladies" liées au sous-développement économique. De nombreux autochtones vivent dans la pauvreté. De plus, leur situation se trouve encore compliquée par le racisme implicite et explicite de notre société, ce qui les rend doublement opprimés. L'état de dénuement dans lequel ils vivent compromet leur santé.

Les autochtones risquent beaucoup plus que les autres Canadiens de mourir d'accidents ou de violence. De 1978 à 1986, presque un décès sur trois chez les Indiens reçus habitant des réserves était attribuable à ces deux causes. Le nombre de morts accidentelles était particulièrement élevé chez les hommes. Le taux de suicides était en moyenne de 34 sur 100 000 entre 1983 et 1986, comparativement à la moyenne nationale de 14 sur 100 000.[14]

On dispose de peu d'information sur les taux de décès ou les problèmes de santé des autochtones n'habitant pas des réserves. Une

étude de 1971 portant sur les Indiens de la Colombie-Britannique résidant à l'extérieur des réserves a révélé que le taux d'hospitalisation des 15 à 60 ans était supérieur d'environ 3 1/2 fois à celui des autres résidents de la province.[15] La plupart des gens qui oeuvrent au sein des services de santé s'adressant aux autochtones des villes sont d'avis que leurs taux de mortalité et de maladie sont semblables à ceux qui s'appliquent dans les réserves ou encore plus importants.

Un grand nombre d'autochtones dans les régions urbaines font partie de familles monoparentales. À Winnipeg, par exemple, environ un tiers de toutes les familles autochtones étaient en 1981 des familles monoparentales dirigées le plus souvent par une femme.[16]

Souvent, les autochtones habitant des villes ne peuvent trouver d'emplois acceptables, et sont confrontés en plus à la discrimination, au choc culturel et à l'éloignement de leur famille étendue, conditions qui ne favorisent pas un bon état de santé.

L'amélioration de l'état de santé des autochtones devrait nettement être une priorité nationale. Malheureusement, des questions de compétence empêchent Ottawa et les provinces et les territoires d'apporter des solutions à ce problème.

Aux termes de la Constitution, l'administration fédérale est responsable des Indiens et des terres réservées aux Indiens. Concrètement, c'est dire qu'Ottawa accepte de fournir des services de santé aux Indiens dans les réserves et dans les deux territoires. C'est la direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada qui se charge de la prestation des services; autrement, ils sont offerts en vertu d'accords d'achat de services.

Dans le cadre du mouvement vers une plus grande autonomie, des réserves ont commencé à se charger de leurs propres services de

santé. L'administration fédérale assure néanmoins le financement des services et demeure ultimement responsable d'un point de vue constitutionnel.

Quant aux autochtones habitant hors des réserves, la situation n'est pas aussi claire. Les autochtones et les provinces considèrent généralement que l'administration fédérale est responsable des services à l'extérieur des réserves, mais cette dernière ne partage pas leur avis.

Le Conseil national du bien-être social espère que les deux paliers de gouvernement réussiront à régler cette question litigieuse le plus rapidement possible. Il est insensé qu'un problème de responsabilité empêche de régler un des problèmes de santé les plus graves au Canada. Il serait peut-être utile de tenir à cet effet, et dans les plus brefs délais, une rencontre des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Nous ne possédons pas de solutions toutes faites au problème de la responsabilité ni de formules magiques pour améliorer l'état de santé des autochtones. Nous croyons néanmoins que plusieurs des voies d'accès à une meilleure santé devront provenir de l'extérieur du système de soins de santé. Il se pourrait qu'une intervention médicale ne puisse améliorer sensiblement l'état de santé des autochtones si on ne cherche pas à éliminer les facteurs sous-jacents dans le milieu quotidien qui contribuent à cet état de choses.

Bon nombre d'autochtones vivent dans des conditions semblables à celles du Tiers monde, conditions que bien peu d'autres habitants du Canada ont dû affronter au cours des dernières décennies. Plusieurs réserves sont toujours sans eau potable propre et sûre, et certaines n'ont pas d'usine adéquate de traitement des eaux usées.[17]

Le traitement des eaux et des vidanges a permis d'améliorer de façon saisissante l'état de santé de grands nombres de Canadiens au cours de la première partie du siècle. Nous sommes d'avis qu'il pourrait en être de même chez les autochtones, et nous incitons les gouvernements à s'assurer qu'ils disposent des fonds nécessaires.

Comme nous l'avons déjà dit, dans le cadre du mouvement vers l'autonomie, des négociations sont en cours avec nombre de bandes indiennes afin de leur remettre la responsabilité des services médicaux. Mais un simple transfert ne suffira pas, puisque plusieurs des services actuels sont inadéquats. Il faut donc qu'il y ait en même temps une importante hausse de fonds.

Enfin, le piètre état de santé des autochtones est en partie lié à leurs faibles revenus et aux autres problèmes qui accompagnent la pauvreté. Pour venir à bout du problème, il faudra donc pouvoir compter sur de meilleurs programmes de sécurité de revenu, un nombre accru d'emplois, de plus grandes chances de s'instruire et une gamme plus étendue de services sociaux.

Le Conseil national du bien-être social croit que les autochtones eux-mêmes doivent jouer un rôle de premier plan dans tous ces domaines. Il est essentiel qu'ils aient l'occasion de préparer, de mettre en application et d'évaluer les programmes qu'ils jugent les plus appropriés à leurs propres collectivités.

**<u>Recommandation 3.</u> Le Conseil national du bien-être social incite les gouvernements et les associations qui représentent les autochtones à négocier une solution quant à la question litigieuse de la responsabilité des autochtones habitant à l'extérieur des réserves.**

**Recommandation 4.** L'administration fédérale devrait assurer des niveaux de financement adéquats aux projets dans les réserves indiennes qui visent à améliorer l'état de santé et de bien-être des résidents. Il faudrait, entre autres, garantir des systèmes modernes de traitement des eaux et des déchets et une gamme étendue de services de santé et de services sociaux.

## 3. OBJECTIFS NATIONAUX DE SANTÉ

Presque tous les groupes nationaux du domaine des soins de santé et les ministres fédéral et provinciaux de la Santé appuient la notion d'objectifs de santé. Il est plus facile pour les gouvernements d'établir des priorités lorsqu'on dispose d'objectifs; la population est amenée à une meilleure connaissance des questions de santé, et on peut mesurer les progrès réalisés au Canada en vue d'un "meilleur état de santé pour tous".

Les objectifs de santé sont déjà une partie intégrante de la politique officielle des États-Unis. Le ministère américain de la santé et des services sociaux a publié 226 objectifs en 1980. En 1986, on a annoncé les objectifs pour les années 1990 et examiné les progrès réalisés à ce jour. On prépare déjà les objectifs de l'année 2000.[18]

Les premiers objectifs américains portaient sur quinze secteurs différents: la tension artérielle élevée, le planning familial, la grossesse et la santé des nourrissons, l'immunisation, les maladies transmises sexuellement, l'élimination des agents toxiques, la santé et la sécurité au travail, la prévention des accidents et la prévention des blessures, le traitement au fluor et l'hygiène dentaire, la surveillance et la lutte contre les maladies infectieuses, l'usage de tabac, l'abus d'alcool et de drogues, la nutrition, la bonne forme physique et l'exercice, et la maîtrise du stress et des comportements violents.

Des objectifs précis avaient été définis pour chacun de ces domaines. Prenons, par exemple, la tension artérielle élevée, un des principaux facteurs de risque de maladies du coeur qui souvent n'est pas décelé; voici certains des objectifs de 1990:[19]

* Au moins 90 p. cent des adultes devraient pouvoir dire si leur tension artérielle est normale ou élevée.

* Toutes les régions des États-Unis devraient disposer d'un programme public efficace visant à identifier les gens dont la tension artérielle est élevée et à suivre leur traitement.

* La consommation de sel chez les adultes ne devrait plus dépasser de trois à six grammes par jour.

* Il faudrait avoir réussi à baisser la tension artérielle d'au moins 60 p. cent des personnes dont la tension artérielle est élevée, pendant une période d'au moins deux ans.

Le détail de ces objectifs représente une des caractéristiques qui rendent ces objectifs remarquables. Au lieu de se contenter d'un appel général en faveur d'une lutte contre la tension artérielle élevée, les concepteurs américains ont fixé des buts précis pouvant être mesurés aisément.

L'ampleur des objectifs est aussi digne de mention. On vise une plus grande conscience individuelle du problème de la tension artérielle élevée, des programmes de santé publique plus étendus, une réduction du risque en incitant les gens à diminuer leur consommation de sel, et enfin la maîtrise comme telle de la tension artérielle.

De façon générale, le Canada se situe bien loin derrière les États-Unis en matière d'objectifs de santé. Le Québec et l'Ontario travaillent depuis quelques années à l'établissement de priorités, mais n'ont pas réussi à leur donner le caractère détaillé des objectifs américains.

Ni la publication québécoise de 1984 Objectif santé ni le rapport de 1987 La santé pour tout l'Ontario ne s'aventure au delà

de généralités. Dans le chapitre du rapport du Québec portant sur le cancer, on recommande de limiter l'usage du tabac, d'augmenter la consommation de fruits et de légumes, de réduire la quantité de gras dans le régime alimentaire et de faire en sorte de pouvoir déceler le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus le plus tôt possible.[20] La section du rapport ontarien qui traite de l'alcool se limite à des suggestions générales, par exemple maintenir à des niveaux élevés le prix de l'alcool afin d'en décourager la consommation et mettre sur pied des programmes pour aider les personnes à risque dans toutes les collectivités.[21]

Dans les deux cas, les intentions sont bonnes, mais les recommandations ne sont pas suffisamment précises et aucune mesure n'est prévue pour évaluer le chemin parcouru en vue d'atteindre les objectifs.

Le Programme national de lutte contre le tabagisme, auquel participent les gouvernements et des groupes extérieurs, fournit un meilleur exemple canadien. Un des nombreux objectifs précis du programme consistait à convaincre 80 p. cent des Canadiens, avant l'année 1990, qu'il ne devrait pas être permis de fumer dans les endroits publics à moins d'indication contraire. On veut aussi, d'ici l'an 2000, diminuer de 30 p. cent le nombre de jeunes de 12 à 19 ans qui commencent à fumer.[22]

Ces objectifs du programme ainsi que d'autres ressemblent davantage aux objectifs de santé américains parce qu'ils visent un but bien précis. Tant mieux si le but est atteint dans la période de temps prévue; sinon, les participants devront chercher à comprendre les causes de l'échec et apporter des correctifs.

Comment les objectifs de santé devraient-ils être fixés au Canada? À notre avis, c'est une tâche qui devrait relever d'un nouvel organisme qui pourrait s'appeler le conseil canadien de la santé. Le conseil établirait des objectifs de santé après avoir

consulté le grand public, et verrait à ce que la santé en général et les objectifs de santé en particulier soient suivis de près par la population canadienne.

Étant donné que la santé préoccupe tous les Canadiens, nous considérons qu'un conseil de la santé devrait regrouper des gens de l'intérieur comme de l'extérieur du gouvernement et des profanes aussi bien que des experts. Certains membres pourraient être nommés par les autorités fédérales, provinciales et territoriales, d'autres par des groupes intéressés au domaine de la santé. Parmi les groupes qu'il serait bon d'approcher, notons l'Association canadienne de santé publique, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille et l'Association des écoles de médecine canadiennes.

Le conseil pourrait disposer d'un petit budget et d'un personnel permanent restreint chargé d'effectuer des recherches, de publier des rapports et de promouvoir nos objectifs de santé. Les membres du personnel pourraient être logés au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, tout en maintenant une certaine distance entre le Ministère et le conseil.

Un conseil de la santé serait un nouvel atout fort valable au Canada. Il offrirait aux Canadiens ordinaires un deuxième avis sur l'état de leur santé. Il rappellerait aussi aux gouvernements et aux spécialistes des soins de santé que la notion de santé se définit d'une manière beaucoup plus vaste.

**Recommandation 5.** Le Conseil national du bien-être social propose de mettre en place un conseil canadien de la santé qui fixerait des objectifs en matière de santé et surveillerait les progrès réalisés en ce sens. Le nouveau conseil devrait regrouper des personnes nommées par les gouvernements, les services de soins de santé et d'autres groupes intéressés au domaine de la santé.

## 4. POLITIQUES PUBLIQUES FAVORISANT LA SANTÉ

Les "politiques publiques favorisant la santé" sont une des façons les plus prometteuses d'améliorer la santé des Canadiens. L'expresssion signifie, dans son sens le plus large, que les gouvernements devraient s'arrêter aux effets sur la santé de toutes leurs politiques, et non pas seulement des politiques élaborées par les ministres de la Santé.

Déjà en 1974, l'administration fédérale reconnaissait qu'il fallait plus que des médecins et des hôpitaux pour assurer une bonne santé. Comme l'affirmait sa publication Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, "Pour exceptionnels que les soins médicaux puissent être au Canada comparativement à beaucoup d'autres pays, il ne fait guère de doute que l'action future visant à améliorer l'état de santé des Canadiens devra s'orienter davantage vers l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance plus approfondie de la biologie humaine."[23]

Des politiques publiques favorisant la santé font partie de ce même cadre. Elles pourraient servir de base aux décisions gouvernementales qui rendraient obligatoire le port de ceintures de sécurité dans les automobiles ou qui voudraient entreprendre une campagne contre la conduite automobile en état d'ébriété. Elles pourraient aussi s'appliquer aux efforts pour nettoyer l'environnement, améliorer la sécurité au travail et offrir de meilleurs services sociaux aux personnes nécessiteuses.

L'administration fédérale soulignait l'importance de politiques publiques favorisant la santé dans son document de 1986 intitulé La Santé pour tous. Elle reconnaissait aussi qu'il était difficile de mettre de telles politiques en application, puisque les priorités d'un ministère ou organisme gouvernemental coïncident

rarement avec celles des autres ministères ou organismes gouvernementaux.[24]

Pour régler la question des priorités différentes, on pourrait par exemple exiger, pour certains programmes ou projets, une évaluation de l'impact sur la santé, de la même façon que certains projets doivent fournir une évaluation de l'impact sur l'environnement. D'autres ministères et agences seraient alors obligés de tenir compte des répercussions de leurs propositions sur la santé des Canadiens. Les citoyens ordinaires et les associations pourraient aussi avoir recours à une formule d'impact sur la santé pour évaluer les conséquences d'un programme ou projet particulier et chercher à y apporter des améliorations.

Nous présentons ici deux exemples de l'application de politiques publiques favorisant la santé, l'un étant plus évident que l'autre. Reportons-nous d'abord à l'écart de santé entre riches et pauvres et formulons de nouveau les arguments que nous avons mis de l'avant au fil des années en faveur de mesures sociales qui lutteraient contre la pauvreté au Canada. Nous commenterons ensuite une application évidente de politiques publiques favorisant la santé, soit la prévention des grossesses non désirées et des maladies transmissibles sexuellement chez les adolescents.

Dès sa création en 1970, le Conseil national du bien-être social a considéré la pauvreté et ses répercussions dans une optique très large. Deux anciens rapports du Conseil ont souligné le lien entre la pauvreté chez les enfants et la santé. Un rapport publié en 1973, Un enfant, une chance, a étudié les problèmes nutritionnels des familles à faible revenu et leur impact sur la santé et le développement. Les enfants pauvres, publié en 1975, expliquait les effets néfastes de la pauvreté sur le développement physique, mental et social des enfants, effets qui laissent parfois des traces indélébiles.

Ce sont les mêmes thèmes qu'on retrouve dans le rapport d'envergure du Comité ontarien d'examen de l'aide sociale publié en 1988, intitulé Transitions. Comme le Conseil national du bien-être social, le comité considérait que bon nombre de ses recommandations en matière de réforme du bien-être social se rapportaient au domaine de la santé. "La mise en application de nos recommandations en ce qui concerne la suffisance de l'aide sociale, les nouveaux programmes de sécurité du revenu, le logement, l'emploi et d'autres possibilités menant à l'autonomie contribuera également à l'amélioration de l'état de santé des pauvres", affirme-t-il.[25]

Second Opinion, une critique de notre système de soins de santé par Michael Rachlis et Carol Kushner, parue en 1989, va encore plus loin. Les auteurs proposent de répartir autrement les 12 milliards de dollars qui sont dépensés chaque année pour les soins de santé, la moitié de la somme environ étant affectée directement à des projets sociaux s'adressant aux Canadiens défavorisés.

Il y aurait une aide financière accrue (jusqu'à 1 000 $ par année) pour les assistés sociaux et les petits salariés, davantage de logements sociaux, des fonds plus importants pour des programmes d'alphabétisation, 750 nouveaux foyers de transition pour les femmes battues et leurs enfants et des programmes de développement économique pour les femmes et les autochtones.[26]

Les propositions de Rachlis et Kushner pourraient être considérées comme les politiques publiques ultimes; plusieurs les trouveront trop radicales. Mais cela ne devrait pas empêcher les gouvernements de faire quelques pas dans cette voie.

Prenons par exemple les recherches étonnantes sur la grossesse et les maladies transmises sexuellement chez les adolescents en Alberta.[27] Il est difficile d'imaginer meilleure description de

politiques publiques favorisant la santé que les programmes qui préviendraient de tels problèmes.

Les adolescentes de l'Alberta risquaient plus que celles de la plupart des autres régions du Canada de devenir enceintes. Elles courent un risque supérieur à la moyenne d'être atteintes de maladies transmises sexuellement et de maladies inflammatoires pelviennes et d'avoir à faire face à une grossesse extra-utérine et à l'infertilité associées à ces maladies. Ces problèmes semblent directement liés à l'utilisation fortuite de préservatifs et d'autres méthodes contraceptives semblables, au peu d'empressement à se faire soigner en cas de maladies transmises sexuellement et, jusqu'à ces derniers temps, à l'absence d'un programme complet d'éducation sexuelle dans les écoles de l'Alberta.

Ainsi qu'on l'avait signalé au Chapitre 1, les bébés de mères adolescentes risquent davantage d'être de faible poids à la naissance, et des bébés de petite taille à la naissance risquent beaucoup plus que ceux dont le poids est normal de mourir ou d'être gravement malades.

Les mères adolescentes risquent davantage d'avoir à se débrouiller seules. Elles ont de la difficulté à trouver des emplois acceptables et courent un risque excessivement élevé de devenir assistées sociales. On évalue à environ 444 millions de dollars sur une période de vingt ans le coût du soutien des familles monoparentales de l'Alberta résultant d'une première grossesse chez des mères adolescentes au cours de la seule année 1985.

Les conclusions de ces recherches sautent aux yeux. Le fait que les gouvernements et les spécialistes des soins de santé n'aient pas abordé les problèmes associés aux moeurs sexuelles des jeunes a des répercussions à long terme sur la santé et le système de soins de santé de même que sur les coûts du bien-être social et

des services sociaux. L'application des principes de politiques publiques favorisant la santé apporterait des solutions peu coûteuses à ces problèmes onéreux.

Recommandation 6. Le Conseil national du bien-être social appuie la notion de "politiques publiques favorisant la santé" et incite tous les gouvernements à l'intégrer au processus d'élaboration de leurs politiques. Et de la même façon qu'ils exigent présentement des évaluations de l'impact sur l'environnement, les gouvernements devraient aussi songer à exiger des évaluations de l'impact sur la santé.

Recommandation 7. Le Conseil national du bien-être social rappelle aux gouvernements que les recommandations présentées par le Conseil dans ses rapports précédents sur l'impôt, l'emploi et l'assistance sociale amélioreraient aussi l'état de santé des personnes démunies.

## 5. LA SÉDUCTION DE LA TECHNOLOGIE MÉDICALE

Les soins de santé ont été caractérisés au cours du XX[e] siècle par la découverte rapide de nouveaux médicaments, de nouveaux appareils, de nouveaux tests et de nouvelles techniques. Certains sont d'une grande utilité, d'autres sont sans importance ou presque, et d'autres encore pourraient s'avérer tout à fait nuisibles.

Comment la technologie influe-t-elle sur notre système de soins de santé? Et comment peut-on tirer le meilleur parti des innovations technologiques qui sont utiles tout en évitant celles qui ne le sont pas?

Les changements technologiques ont eu pour effet d'accroître les coûts des soins de santé. Nous ne disposons pas au Canada de données sûres à cet effet, mais le groupe d'étude sur la répartition des ressources en matière de soins de santé de l'Association médicale canadienne estimait en 1984 que les nouvelles techniques ont fait grimper les dépenses totales pour la santé de 1 à 3 p. 100 par année au cours de la dernière décennie.[28]

Lorsqu'on parle de nouvelles techniques, on inclut non seulement l'équipement et les opérations prestigieux fort coûteux (comme les greffes d'organes) sur lesquels se porte l'attention du grand public, mais aussi les techniques moins onéreuses (comme les analyses de sang) qui sont peu coûteuses lorsqu'elles sont prises individuellement, mais dont le coût total est élevé lorsqu'elles sont utilisées couramment.

Pour restreindre les coûts des nouvelles techniques dans le domaine des soins de santé, on pourrait éliminer les nouveautés inefficaces et permettre à celles qui sont efficaces de servir

couramment dans un plus bref délai. Des mécanismes systématiques devraient donc être mis en place pour évaluer les techniques avant qu'elles ne soient adoptées et pour en surveiller l'utilisation par la suite.

Bon nombre de Canadiens croient sans doute que de tels mécanismes existent déjà, mais il ne se fait en réalité que peu de surveillance systématique de la technologie médicale, surtout en ce qui a trait à la rentabilité. L'administration fédérale oblige les fabricants de médicaments et d'appareils médicaux à démontrer la sécurité et l'efficacité de leurs produits sur le plan médical avant de pouvoir les vendre au Canada, mais elle ne dispose d'aucun mécanisme pour comparer le rapport coût/efficacité des nouveaux médicaments ou des nouveaux appareils avec celui des produits déjà en vente sur le marché.

Une étude de l'évaluation de la technologie médicale au Canada effectuée en 1986 par des chercheurs de McMaster University, Greg Stoddart et David Feeny, a tiré des conclusions étonnantes:[29]

* Il arrive souvent que des techniques soient adoptées sans avoir été évaluées.

* Lorsqu'on procède à des évaluations, les techniques sont souvent utilisées avant que les évaluations ne soient terminées.

* Des techniques qui ont été évaluées et approuvées servent souvent dans des circonstances non prévues dans les évaluations.

* Des techniques qui ont été évaluées, approuvées et utilisées à leurs fins prévues servent souvent beaucoup trop.

* Même dans le cas de techniques qui échappent à ces problèmes, leur valeur peut être douteuse parce qu'il existe des

techniques tout aussi efficaces et moins onéreuses qui ne sont pas utilisées.

Il est évidemment dans l'intérêt des sociétés qui fabriquent des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux et chirurgicaux d'introduire leurs propres produits sur le marché, que ceux-ci représentent ou non de réels progrès par rapport aux produits existants. Même au sein de la profession médicale, qui n'a pas à se soucier de l'aspect profits, il arrive qu'on s'empresse d'introduire de nouvelles techniques avant d'avoir pu les étudier à fond.

Il y a quelques années, par exemple, un groupe de médecins de Hamilton demandaient un nouvel appareil de lithotripsie pour broyer les calculs rénaux au moyen d'ondes ultrasoniques alors que les autorités ontariennes en étaient encore à l'étudier. Le groupe de Hamilton était impatient et a prétendu qu'on privait les malades de ce qui se faisait de mieux en médecine.[30]

Il est certain, par contre, qu'on était en droit de se poser des questions au sujet de l'appareil de lithotripsie, même s'il était utilisé de façon très répandue aux États-Unis. Deux groupes d'experts ont conclu dans le Journal of the American Medical Association en mars 1988 que l'appareil était sécuritaire et efficace, mais qu'il existait plusieurs autres techniques pour venir à bout des calculs rénaux.[31]

Les experts n'avaient pas pour mandat d'évaluer le coût et les avantages de l'appareil de lithotripsie et de les comparer avec ceux d'autres techniques. Mais pour le gouvernement ontarien, la question des coûts avait son importance. Les appareils coûtent environ 2 millions de dollars chacun, et leurs coûts de fonctionnement annuels sont élevés. En choisissant de consacrer des millions de dollars à l'achat de ces appareils, l'Ontario aurait choisi de ne pas affecter ces millions ailleurs. Par

conséquent, bien qu'on puisse comprendre l'impatience des médecins qui souhaitaient une réponse dans les plus brefs délais, il y avait de bonnes raisons d'évaluer la technologie attentivement.

D'autres pays occidentaux disposent depuis longtemps d'organismes nationaux chargés de fournir des mécanismes systématiques, efficaces et objectifs d'examen de la technologie médicale. Aux Pays-Bas, il y a une commission chargée de la technologie médicale de l'avenir; la Suède a créé un institut de planification et de rationalisation; et les États-Unis ont mis sur pied un bureau de l'évaluation de la technologie médicale.

Le Canada a décidé d'agir à la fin de 1989; l'administration fédérale et les provinces ont conclu un accord relatif à la création, à Ottawa, d'une petite société sans but lucratif appelée l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.[32]

La société a pour mandat de faciliter l'échange de renseignements relatifs à la technologie nouvelle ainsi qu'à la technologie actuelle, de mettre en commun les ressources financières au besoin, et d'essayer de coordonner les évaluations dont se chargent des organismes provinciaux ou des chercheurs travaillant à l'extérieur de l'enceinte gouvernementale. Une de ses tâches principales consiste à aider à éviter que les gouvernements ne refassent des recherches déjà effectuées par d'autres. La technologie qui nous intéresse comprend tous les procédés, appareils, matériel et médicaments qui servent au maintien, au rétablissement et à la promotion de la santé.

Le personnel spécialisé à Ottawa cherchera à se tenir au courant des nouveautés en matière de technologie et des articles scientifiques récents. Les rapports seront rédigés en termes non techniques et de manière à aider les responsables de l'action gouvernementale à prendre leurs décisions. Bien que les rapports

s'adresseront aux gouvernements, on semblerait prêt à communiquer les résultats aux spécialistes de la santé ainsi qu'au grand public.

Les autorités affirment n'avoir pas pour objectif principal d'évaluer la rentabilité d'articles particuliers comme l'appareil diagnostique le plus récent, mais plutôt de traiter de <u>secteurs</u> de la technologie, de manière à pouvoir comparer avec une technologie semblable - par exemple, les médicaments ou procédés chirurgicaux les plus utiles et les plus rentables pour le traitement de types particuliers de problèmes cardiaques.

Le Conseil national du bien-être social appuie la mise en place de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Son travail aura une grande importance, et il pourra aussi servir d'exemple des progrès qui peuvent être réalisés lorsque des gouvernements s'unissent pour travailler à des projets utiles à tous.

Nous sommes néanmoins quelque peu inquiets de l'influence que peuvent exercer ces efforts sur le cours de la technologie médicale au Canada. Le budget de fonctionnement initial de l'Office, qui a ouvert ses portes à l'été 1990, est de 500 000 $ par année seulement; son personnel ne compte que quatre personnes. Le personnel spécialisé ne fera pas ses propres évaluations, mais évaluera plutôt le travail des autres. Aucun des deux paliers de gouvernement ne s'est engagé à financer les recherches que le personnel pourrait vouloir commander à des chercheurs externes.

L'administration fédérale et les autorités provinciales ont décidé d'évaluer l'utilité de la société d'ici son troisième anniversaire. Nous espérons qu'elle saura répondre aux attentes, mais si elle n'y parvenait pas, nous osons croire que les gouvernements augmenteront ses ressources afin qu'elle puisse avoir un impact positif sur la technologie médicale.

**Recommandation 8.** Le Conseil national du bien-être social félicite les autorités fédérales et provinciales d'avoir uni leurs efforts pour créer l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Nous incitons les deux paliers de gouvernement à s'assurer qu'il dispose de suffisamment de ressources humaines et financières pour avoir un impact important sur l'évolution de la technologie médicale.

## 6. LA SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES

Le coût des services fournis par les hommes et les femmes oeuvrant au sein des divers professions et métiers du domaine de la santé, qu'il s'agisse des médecins et infirmières ou du personnel hospitalier et du personnel de soutien, représente une large part du coût du système de soins de santé. Il est logique de voir à ce que les aptitudes de ces personnes soient utilisées à bon escient et à ce que les services qu'elles offrent soient efficaces et adéquats.

On s'est surtout intéressé, en matière de ressources humaines et de soins de santé, à la question des médecins, mais il apparaît clairement que d'autres secteurs devront aussi être mieux planifiés. La pénurie d'infirmières(iers) et de techniciens(nes) en médecine se répercute directement sur le nombre de personnes que les hôpitaux peuvent soigner. En juillet 1990, par exemple, le Hospital for Sick Children de Toronto a décidé d'accorder aux infirmières et aux infirmiers des hausses de salaire et des primes pouvant s'élever à 9 000 $ par année pour venir à bout de la pénurie de personnel qui a entraîné la fermeture de services de soins intensifs à l'hôpital.[33]

Enfin, il y a lieu d'examiner des types de soins médicaux qui diffèrent de la médecine traditionnelle. Lorsqu'il est question de planification des ressources humaines, il ne faudrait pas oublier ceux qui travaillent dans les domaines de la chiropractie, de l'acuponcture, de la naturopathie et des autres formes de "médecine douce" auxquelles s'intéressent bon nombre de Canadiens.

Le nombre de médecins représente une des principales variables du système de soins de santé, parce que les médecins y jouent un rôle essentiel. Ils sont seuls à décider du type de traitement à donner aux malades - à quel moment les malades seront hospitalisés

et à quel moment ils quitteront l'hôpital, quels examens de laboratoire seront nécessaires, quels médicaments seront prescrits, etc.

Au début des années soixante, on a craint une pénurie de médecins au Canada, et les gouvernements ont réagi en adoptant des mesures qui ont fait grimper rapidement le nombre de médecins. Au début des années quatre-vingts, on craignait plutôt qu'il y ait prochainement un surplus de médecins au pays. Un rapport de 1984 préparé à l'intention des sous-ministres fédéral et provinciaux de la Santé intitulé Main-d'oeuvre médicale au Canada: 1980-2000 estimait à 5 982 le nombre excédentaire de médecins au Canada en l'an 2000 si les taux de croissance actuels de la population et de la profession médicale étaient maintenus.[34]

Le rapport estimait qu'en l'an 2000, le coût additionnel engendré par cet excédent dépasserait, en honoraires seulement, 600 millions de dollars par année. On peut facilement imaginer qu'il en coûterait autant pour des examens de laboratoire et d'autres mesures requises par les médecins, ce qui porterait le coût supplémentaire total bien au delà d'un milliard de dollars par année.

On commence toutefois à comprendre qu'il ne suffit pas de prendre de telles mesures, comme le ratio global médecins/population. Les planificateurs doivent aussi tenir compte des caractéristiques professionnelles éventuelles au sein de la profession, des changements démographiques, de l'incidence probable de maladies et de handicaps et de leur traitement, de la répartition entre omnipraticiens et spécialistes, et de la répartition géographique des médecins à travers le Canada.

Au cours des dernières années, la répartition des médecins entre les régions urbaines, rurales et éloignées s'est avérée un problème de taille. Tous les gouvernements provinciaux ont eu à

faire face à ce problème, qui n'a pas toujours été réglé avec succès.[35]

Les efforts en Colombie-Britannique pour restreindre le nombre de médecins dans la partie continentale inférieure en limitant le nombre de "numéros de facture" permettant aux médecins d'être payés par le régime provincial d'assurance-maladie représentent une des mesures les plus simplistes à avoir été mises à l'essai - et que les tribunaux ont éventuellement jugé inacceptable.

L'approche mise au point au fil des ans au Québec s'avère une des plus prometteuses. On a d'abord commencé par utiliser les honoraires des médecins aussi bien comme "bâton" que comme "carotte". Les médecins recevaient jusqu'à 120 p. 100 du barème d'honoraires habituel s'ils travaillaient en régions éloignées et 70 p. 100 seulement s'ils pratiquaient en régions urbaines au cours de leurs trois premières années de pratique. Une approche plus globale a été adoptée en 1984 qui prévoyait améliorer les établissements de santé dans les régions éloignées et les programmes d'éducation permanente à l'intention des médecins. Une loi a par la suite été adoptée prévoyant la planification régionale obligatoire des services de soins de santé.

Ces mesures n'ont pas encore été évaluées en détail, mais l'Association médicale canadienne a donné son appui à la notion générale d'une planification par le bas comme par le haut. Comme l'affirmait le Comité de l'AMC sur les ressources en médecins:

> La planification des services de soins tertiaires au centre-ville de Toronto diffère considérablement de la planification des services dans une petite ville de la Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Édouard, sur la côte Nord du Québec ou chez les Inuit dans l'Arctique canadien. Nous proposons donc que toutes les provinces et les territoires voient à ce que chacune des régions prépare un plan régional de ressources en médecins.[36]

Si la planification des ressources humaines semble s'améliorer en ce qui concerne les médecins, on ne peut en dire autant pour le domaine des soins infirmiers. Il semblerait qu'il y ait alternance constante entre les pénuries d'infirmières(iers) et des nombres excédentaires au bout de quelques années.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada attribue les pénuries dans une large mesure aux piètres conditions de travail de ses membres. En réalité, il n'y a pas véritablement de pénurie d'infirmières(iers) mais plutôt une pénurie d'infirmières(iers) acceptant de travailler dans les conditions actuelles.[37]

Les infirmières(iers) se plaignent fréquemment du manque de personnel en milieu hospitalier, du trop grand nombre de tâches n'ayant rien à voir avec les soins infirmiers, du manque de participation à la prise de décisions, de l'absence d'occasions de parfaire leur éducation et du manque de souplesse dans les horaires de travail, sans parler des questions évidentes de salaires et d'avantages sociaux.

Bon nombre de ces problèmes peuvent sembler bien éloignés de la planification des ressources humaines, mais il n'en est rien. Pour les gouvernements, assurer le financement, le personnel enseignant et les installations pour qu'un certain nombre d'infirmières soient formées chaque année dans différentes régions du pays, et voir à ce que les conditions de travail soient suffisamment intéressantes pour garder la plupart des infirmières au travail année après année après l'obtention du diplôme sont deux choses distinctes.

Des douzaines d'études ont porté sur les ressources humaines et les soins infirmiers ces dernières années. Nous sommes d'avis que le gouvernement doit maintenant agir pour mettre un terme à ces pénuries et à ces nombres excédentaires. Les gouvernements doivent

notamment s'assurer que les personnes formées aux soins infirmiers ne quittent pas leur profession. Leur départ représente déjà une perte, et sape aussi les efforts des planificateurs qui tentent de trouver des façons rationnelles de répondre aux besoins en ressources humaines du système global de soins de santé.

**Recommandation 9.** **Le Conseil national du bien-être social incite les gouvernements de tous les paliers à travailler encore plus étroitement les uns avec les autres et avec les professions du domaine de la santé pour répondre aux besoins du système en ressources humaines. Les gouvernements devraient chercher à améliorer les conditions de travail et faire tout ce qu'il faut pour encourager les spécialistes de la santé à continuer de travailler dans leur domaine.**

## 7. FAVORISER L'INNOVATION

Contrairement à l'innovation en médecine, l'innovation en matière de prestation des services de soins de santé est loin d'être chose courante au Canada. On compte assez peu d'efforts ces dernières années pour mettre au point de meilleurs moyens ou des façons plus rentables de fournir des services. Les quelques tentatives qui ont lieu sont souvent isolées ou sont mal évaluées.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada affirme que "la mise sur pied de services de santé novateurs, rentables, efficaces et mieux adaptés aux maladies d'aujourd'hui nous concerne tous et s'impose de façon urgente".[38]

Le manque de souplesse de notre système tient dans une large mesure à la façon dont l'assurance-maladie a été mise sur pied, c'est-à-dire à titre de mécanisme de paiement pour des services existants. L'assurance-maladie a effectivement "immobilisé" les mécanismes établis de prestation des services. Il est par conséquent peu probable que des changements s'y produisent d'eux-mêmes.

Pour qu'on puisse parler d'un système de soins de santé "sain", on devrait pouvoir compter en tout temps plusieurs projets innovateurs importants au Canada. Les "récompenses" découlant de ces expériences ne se manifesteraient que longtemps après le mandat de quelque gouvernement que ce soit, mais c'est à court terme que les frais associés à leur direction ainsi qu'à leur évaluation devraient être payés.

Heureusement, les gouvernements n'ont pas fermé la porte à toute innovation pour cette seule raison. Dans un rapport préparé en vue de la conférence des premiers ministres sur l'économie en 1987, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont

reconnu le besoin de projets innovateurs ainsi que le prix qu'il faudra payer.[39]

Malheureusement, les gouvernements provinciaux semblent encore décidés à travailler seuls, isolés les uns des autres. Un nombre croissant de provinces commencent à consacrer des sommes importantes à la recherche visant à améliorer la prestation de services à l'intérieur de leurs frontières. Au Manitoba, par exemple, on affectera 10 millions de dollars par année en profits de loteries à une Caisse de développement des services de santé pour améliorer l'efficacité et la rentabilité du système provincial de soins de santé. Reste à savoir si ces recherches seront utiles à d'autres provinces ou si elles seront éventuellement reprises par d'autres provinces.

Il en va de même de l'intérêt pour des versions canadiennes d'organisations de soins de santé intégrés. Ces organisations offrent à leurs membres des services médicaux et hospitaliers à un coût déterminé et payé à l'avance. La plupart des organisations américaines englobent les coûts de l'hospitalisation sans que les clients n'aient à débourser de frais d'utilisation supplémentaires, de même que les visites chez le médecin, sans aucune restriction du nombre de rendez-vous.

Les organisations ont tendance à faire un usage plus judicieux des services hospitaliers à l'intention de leurs membres, et il en résulte une réduction considérable des coûts des soins. Elles ont aussi tendance à avoir davantage recours à des services de prévention qu'à des médecins utilisant le paiement à l'acte.

Le Québec se prépare à mettre cette formule à l'essai et, si tout se passe bien, l'appliquerait probablement dans un certain nombre de régions de la province. L'Ontario a annoncé son projet d'adaptation des OSSI appelées organisations de soins de santé complets. Le premier projet pilote doit commencer à l'hôpital de

Toronto en 1991 et des projets semblables sont aussi en voie de préparation ailleurs.

Espérons que les deux plus importantes provinces canadiennes ne feront pas que répéter les mêmes recherches. Espérons aussi que les expériences menées par les deux provinces qui disposent d'OSSI apporteront des réponses aux questions qu'on se pose toujours quant à leur capacité générale de s'adapter à la scène canadienne, et que les résultats des expériences sauront aider les autres provinces qui emboîteront le pas.

Rien toutefois ne garantit que nos espoirs se réaliseront tant et aussi longtemps que les provinces agiront seules en matière d'innovation.

Nous suggérons que les gouvernements fédéral et provinciaux s'unissent pour créer une caisse d'innovation pour des expériences susceptibles de s'appliquer à plus d'une province ou deux. Les gouvernements choisiraient des projets pilote et décideraient quelles provinces s'en chargeraient. La totalité ou une partie du coût des projets et la totalité des coûts d'évaluation proviendraient de la caisse d'innovation.

Une participation fédérale aiderait à assurer la qualité de l'évaluation et la pertinence des projets pour plus d'une province. Elle n'empêcherait pas les provinces de poursuivre seules des expériences d'un intérêt local plutôt que national.

**Recommandation 10. Le Conseil national du bien-être social encourage les gouvernements fédéral et provinciaux à créer une caisse d'innovation pour appuyer les recherches visant à trouver des façons plus appropriées et plus rentables de fournir les services de soins de santé à travers le Canada.**

## 8. UNE MEILLEURE INFORMATION

Pour mettre au point un meilleur système de soins de santé, il faut une information de meilleure qualité. Il nous faut des moyens améliorés de tenir des dossiers individuels pour que les clients des services de santé obtiennent les meilleurs soins possible. Il nous faut aussi une meilleure information sur le système pris dans son ensemble afin de pouvoir mesurer l'impact des améliorations qui y sont apportées.

Un des projets les plus fascinants dans le domaine de l'information en matière de soins de santé a trait à l'usage de l'informatique pour tenir et copier les dossiers individuels des clients. Il est fort probable que les cartes d'assurance-maladie que les gens placent dans leur porte-monnaie seront un jour remplacées par des cartes sophistiquées appelées "cartes mémoire".

Ces cartes mémoire contiennent une micropuce capable d'enregistrer tous les antécédents médicaux d'une personne, y compris les visites chez le médecin et à l'hôpital et les médicaments prescrits. Tous les renseignements seraient sauvegardés sur un ordinateur central. Les médecins, hôpitaux et pharmaciens disposeraient d'ordinateurs personnels dotés de logiciels spéciaux permettant de lire l'information sur les cartes et d'y inscrire de nouveaux renseignements.

Il va sans dire qu'on veillerait à assurer le caractère confidentiel de l'information. Seuls les spécialistes de la santé participant au traitement d'un malade auraient accès à son dossier médical.

Les avantages des cartes mémoire pour les patients sont évidents. Prenons le cas d'un homme qui a une attaque et qui est transporté inconscient à l'hôpital en ambulance. Grâce à la carte

mémoire, le médecin soignant dans la salle d'urgence saurait instantanément si le malade a déjà eu des problèmes cardiovasculaires, quels médicaments il prend et s'il souffre d'allergies susceptibles d'influer sur son traitement.

Les cartes mémoire pourraient aider les spécialistes de la santé à dépister et à soigner les gens qui abusent par mégarde des médicaments de prescription ou qui ont des réactions négatives occasionnées par le mélange de médicaments qu'ils ingèrent. Elles pourraient freiner le recours abusif à plusieurs médecins pour le même problème. L'administration des factures adressées au régime d'assurance-maladie pourrait être améliorée. Les cartes pourraient aussi fournir des données précieuses aux chercheurs, sans pour autant révéler l'identité des clients.

Plusieurs provinces mettent présentement à l'essai ces cartes mémoire. La technologie comme telle ne semble pas causer de difficultés, mais il reste à déterminer si l'achat de cartes et d'ordinateurs et de logiciels supplémentaires nécessaires à un nouveau système serait rentable.

Nous souhaitons beaucoup de chance aux provinces qui tentent des expériences dans ce domaine et attendons impatiemment l'utilisation répandue des cartes mémoire à travers le Canada. Nous incitons par la même occasion les gouvernements à travailler ensemble afin que leurs systèmes soient compatibles les uns avec les autres. Il serait avantageux pour les gouvernements comme pour les malades de disposer de cartes mémoire pouvant être utilisées partout au pays.

Les gouvernements et les planificateurs devront aussi régler assez rapidement deux autres aspects de l'information en matière de santé, soit les renseignements recueillis par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, et les statistiques sur la santé

et les soins de santé rassemblées par le gouvernement fédéral et, dans une moins large mesure, par les gouvernements provinciaux.

On recueille énormément d'information dans le cadre de l'assurance-maladie, mais rarement d'une manière permettant de compiler les renseignements à l'échelle nationale et de les utiliser à des fins de planification et de recherche. Toutes les provinces possèdent, grâce à leur régime d'assurance-maladie, des données sur les visites chez le médecin ou à l'hôpital, mais elles se limitent le plus souvent au minimum nécessaire au versement des paiements.

Dans les provinces qui ont modernisé la collecte des données, les importantes bases de données peuvent servir à simuler, grâce à l'informatique, des tentatives de traitement qui seraient autrement trop coûteuses ou qui pourraient être interdites pour des raisons d'éthique. Un chercheur pourrait par exemple comparer les données provenant d'un groupe de la population ayant utilisé un service particulier avec celles d'un groupe n'y ayant pas eu recours. L'impact du service pourrait être déterminé sans intervenir le moindrement dans la vie privée des gens.

La confidentialité doit demeurer une préoccupation constante, mais elle semble aller de pair avec la modernisation. Il n'y a jamais eu, dans les provinces qui ont modernisé leur système de collecte de données, de "fuite" ou même d'allusion à une fuite d'une banque électronique de données.

À l'heure actuelle, on ne travaille que de façon restreinte, dans les provinces, à la mise au point de systèmes compatibles les uns avec les autres. Si les bases de données des provinces étaient reliées, on pourrait prévoir avec plus de précision les besoins en matière de services de santé à l'échelle nationale et on multiplierait considérablement les possibilités de la recherche. Il faudra sans doute en arriver là au XXI$^{e}$ siècle, mais on pourrait

en réduire sensiblement le coût et le temps nécessaire pour y accéder si les gouvernements s'y mettaient dès maintenant.

Dans la même ligne de pensée, nous sommes heureux de constater que des améliorations ont déjà été apportées dans les hôpitaux du Canada. Le projet de systèmes d'information de gestion mis en place en 1981 par les ministres fédéral et provinciaux de la Santé et l'Association des hôpitaux du Canada a entraîné l'adoption de rapports normalisés dans plusieurs hôpitaux.[40]

Au printemps 1990, le projet a été intégré au Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux pour former une société sans but lucratif appelée le Groupe MIS. La nouvelle société a pour but de voir à ce que les données rassemblées au sein de l'industrie des soins de santé soient plus utiles et plus faciles à comparer, et de fournir des mesures fiables des entrées et des sorties.

Enfin, les gouvernements fédéral et provinciaux semblent aussi réaliser des progrès dans le domaine des statistiques sur la santé et les soins de santé. Après plusieurs années de discussion, la Conférence des sous-ministres de la Santé a convenu, à la fin de 1988, de créer un Conseil national d'information sur la santé, se rapportant directement à eux et au statisticien en chef de Statistique Canada. Le Conseil, qui est composé de hauts-fonctionnaires des deux paliers gouvernementaux, tentera d'apporter au domaine une perspective nationale dont on a grand besoin.[41]

Plusieurs organismes fédéraux sont chargés de la collecte de données, notamment Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, et des gouvernements provinciaux et des organismes non gouvernementaux rassemblent aussi des données statistiques sur la santé. Le Conseil national d'information sur la santé permet de coordonner ces efforts, d'éviter des répétitions inutiles et de

favoriser la mise en place de systèmes d'information compatibles les uns avec les autres. Idéalement, il aurait aussi le temps de considérer la valeur de certaines des activités gouvernementales en matière de collecte de données et le bien-fondé de certains exercices particuliers.

**Recommandation 11.** **Le Conseil national du bien-être social félicite les autorités fédérales et provinciales et les organismes professionnels du domaine de la santé qui appuient la mise en place de nouveaux systèmes d'information compatibles entre eux. Nous espérons que les projets de cartes mémoire continueront à remporter du succès et que la modernisation des bases de données des programmes provinciaux d'assurance-maladie se poursuivra.**

## 9. INDEMNISATION SANS ÉGARD À LA RESPONSABILITÉ

Des procédés médicaux et chirurgicaux entraînent inévitablement, de temps à autre, des blessures graves ou des décès. Traditionnellement, les personnes lésées intentaient dans ces cas des poursuites en dommages-intérêts.

Certaines blessures se produisent toutefois sans qu'il n'y ait eu négligence ou mauvais traitement. Il y a lieu alors de dédommager les victimes en vertu d'un régime d'indemnisation gouvernemental "sans égard à la responsabilité" plutôt que d'obliger celles-ci à intenter des poursuites en dommages à des médecins ou des hôpitaux particuliers.

L'administration fédérale a déjà accepté la notion générale d'un dédommagement sans égard à la responsabilité. En décembre 1989, il annonçait l'adoption de mesures d'aide aux personnes ayant contracté le virus du SIDA par l'entremise de transfusions sanguines ou du Facteur VIII, un agent de coagulation concentré extrait du sang et servant dans le traitement des hémophiles. Bien qu'on ait parlé d'un "secours en cas de catastrophe", le règlement affiche toutes les caractéristiques du dédommagement sans égard à la responsabilité.

Ce n'est qu'en 1985 qu'on a commencé à tester le sang des donneurs pour déceler l'exposition au virus du SIDA, les examens n'étant pas disponibles et l'étendue du risque n'étant pas bien connue avant cette date. Lorsque le danger est devenu apparent, la Société canadienne de la Croix-Rouge est intervenue rapidement pour s'assurer qu'on n'utiliserait pas de sang contaminé. Personne n'est responsable des accidents survenus antérieurement.

Grâce au programme fédéral, environ 950 personnes contaminées par le virus du SIDA au moyen du Facteur VIII et à peu près 300

personnes infectées par l'entremise de transfusions sanguines ont obtenu 120 000 $ chacune. L'argent a été versé aux personnes exposées au virus du SIDA aussi bien qu'à celles qui ont déjà manifesté des signes de la maladie. Lorsque les victimes étaient décédées, les sommes d'argent ont été versées à la succession.

Il est un autre groupe qui, à notre avis, mériterait que le gouvernement fédéral lui accorde une indemnisation sans égard à la responsabilité, soit les 5 000 enfants ou à peu près qui ont souffert de graves blessures ou qui sont morts des suites de vaccins utilisés dans le cadre des programmes réguliers d'immunisation, notamment certains types de vaccins contre la coqueluche.

Plusieurs gouvernements provinciaux obligent les enfants à se faire vacciner dans le cadre de la lutte globale de la société contre la maladie. Malheureusement, l'immunisation s'accompagne de certains risques, et un très petit nombre d'enfants vaccinés subissent des réactions malencontreuses. Il ne peut être question, dans ces cas, de négligence ou de mauvais traitement.

Comme dans le cas des personnes qui ont contracté le virus du SIDA par l'entremise de transfusions sanguines ou du Facteur VIII, il vaut mieux chercher à aider les victimes de l'immunisation plutôt qu'à obtenir vengeance sur le plan juridique. Le gouvernement fédéral n'a pas soulevé d'objections de principe, mais n'a pas non plus adopté de mesures pour venir en aide aux parents des victimes d'immunisation qui ont soulevé pour la première fois cette question il y a déjà plusieurs années. Nous croyons qu'il est grand temps d'agir.

En ce qui a trait aux accidents qui auraient pu être évités, l'Étude fédérale-provinciale-territoriale récente sur les problèmes de la responsabilité et l'indemnisation dans le secteur des soins de santé pourrait nous amener à faire de nouveaux pas dans la

direction d'une indemnisation sans égard à la responsabilité. L'étude était dirigée par J. Robert S. Prichard, ancien doyen de l'école de droit de l'université de Toronto et président actuel de l'université.

Les médecins et les établissements de soins de santé dépensent présentement pour l'assurance-responsabilité plus de 200 millions de dollars par année; pourtant, seulement à peu près 250 personnes par année sont indemnisées en vertu du système actuel de responsabilité. Le rapport Prichard croit que ces 250 personnes représentent moins de dix pour cent des gens ayant droit à une indemnisation au cours d'une année donnée.[42]

"Nous ne saurions abandonner la grande majorité de ces victimes à leur sort", peut-on y lire. "Nous pouvons et nous devons faire preuve de compassion et de charité, c'est-à-dire trouver des façons d'indemniser convenablement ces victimes sans alourdir la procédure de poursuites pour négligence professionnelle."

Le rapport recommande de donner aux victimes de négligence professionnelle le choix entre des poursuites judiciaires et une indemnisation sans égard à la responsabilité en vertu d'un nouveau système bénéficiant de l'appui du gouvernement et des sociétés et des organismes qui fournissent des assurances aux médecins et aux établissements de santé.

En maintenant la possibilité d'intenter des poursuites judiciaires - et en améliorant ce système - on continuerait à inciter les médecins et les hôpitaux à offrir les meilleurs soins possibles. Grâce à la nouvelle indemnisation sans égard à la responsabilité, la plupart des gens seraient dédommagés en cas d'accident.

Le Conseil national du bien-être social espère qu'on donnera suite au rapport Prichard dans les plus brefs délais. Le gouvernement fédéral ne doit pas pour autant attendre pour adopter des mesures d'indemnisation des victimes d'immunisation.

**Recommandation 12.** **Le Conseil national du bien-être social félicite le gouvernement fédéral d'avoir décidé d'indemniser les personnes qui ont accidentellement contracté le virus du SIDA par l'entremise de transfusions sanguines ou de produits du sang. Nous souhaitons que des dispositions semblables, sans égard à la responsabilité, soient prises le plus tôt possible, à l'endroit des victimes d'immunisation.**

## 10. RESPECT DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Vers la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingts, la population se plaignait de plus en plus de l'érosion du régime d'assurance-maladie résultant des suppléments d'honoraires de médecins et des frais modérateurs hospitaliers adoptés dans certaines régions du Canada. Les défenseurs de l'assurance-maladie affirmaient que ces déboursés décourageaient les gens de se faire soigner et mettaient sérieusement en danger les principes du régime d'assurance public.

Le Parlement a réagi en adoptant, en 1984, la Loi canadienne sur la santé. Cette loi réaffirmait et éclaircissait les cinq principes qui sous-tendent l'assurance-maladie, soit l'universalité, l'accessibilité, le caractère complet des services, la transférabilité et l'administration publique. Elle accordait aussi au gouvernement fédéral le pouvoir d'imposer des sanctions financières aux provinces et aux territoires qui ne respecteraient pas ces principes.[43]

La loi prévoyait deux types de sanctions: 1) des sanctions reliées directement aux suppléments d'honoraires et aux frais modérateurs; et 2) des sanctions discrétionnaires de nature générale.

Aux termes des sanctions reliées aux suppléments d'honoraires et aux frais modérateurs, les gouvernements contrevenants perdaient un dollar de subventions fédérales versées en argent comptant pour l'assurance-maladie pour chaque dollar que les malades devaient débourser. Les provinces et les territoires qui ont aboli ces frais supplémentaires que les malades devaient débourser de leurs poches avant le 1er avril 1987 pouvaient obtenir toute somme d'argent retenue avant cette date.

Au printemps de 1987, après l'adoption de ces sanctions, les honoraires supplémentaires et les frais modérateurs avaient presque disparu. Mais le débat public sur la question n'est pas terminé, loin de là. Bon nombre de médecins continuent de croire que les malades devraient payer de leur poche une partie du coût des soins - il s'agirait, comme le veut un euphémisme populaire, de la "participation des malades".

Les frais modérateurs sont devenus de plus en plus attrayants à certains groupes politiques de l'Ontario et du Québec. Même Claude Castonguay, celui qu'on appelle souvent le père de l'assurance-maladie du Québec, a parlé d'intégrer des frais modérateurs au système ou de transférer certains services au secteur privé.

Par ailleurs, le Nouveau-Brunswick a dû revenir sur sa décision de 1988 d'imposer des frais de 15 $ la nuit pour les lits pour malades externes d'auberges rattachées à trois hôpitaux. Les frais n'enfreignaient pas, semble-t-il, la Loi canadienne sur la santé, mais des protestations venant de la section du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer ont rapidement convaincu la province de revenir sur sa décision.

Contrairement aux sanctions précises relatives aux honoraires supplémentaires et aux frais modérateurs, les sanctions générales de la Loi canadienne sur la santé s'adressaient à toute province ou à tout territoire ne respectant pas l'un ou l'autre des cinq principes de l'assurance-maladie. La Loi prévoyait que le gouvernement fédéral fixerait le montant de chaque sanction en fonction de la gravité de l'infraction.

Bien que des plaintes au sujet des sanctions aient été exprimées publiquement de temps à autre, aucun gouvernement fédéral n'a imposé ou même menacé d'imposer de sanction générale à une province ou à un territoire. Les plaintes portaient le plus

souvent sur le caractère complet des services assurés et la transférabilité.

Lorsqu'on parle du caractère complet des services assurés, on veut dire que les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux doivent englober l'ensemble des services de santé offerts par les médecins et les hôpitaux et qui sont nécessaires d'un point de vue médical.

La plupart des administrations ont laissé aux médecins le soin de décider quels services étaient nécessaires du point de vue médical. Lorsqu'elles sont intervenues, elles ont dû reculer devant l'opinion publique.

Au printemps 1987, par exemple, le gouvernement de l'Alberta, dans un effort pour réduire ses coûts, a cessé de prendre en charge les examens de la vue, les vasectomies, les ligatures de trompes et la pose de stérilets. La population s'opposa vivement aux coupures, et les services furent de nouveau assurés l'année suivante.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique revint encore plus rapidement sur la décision qu'il avait prise en 1988 de restreindre le recours aux mammographies, des radiographies permettant de déceler très tôt la présence d'un cancer du sein. La province dispose présentement d'un programme officiel de dépistage du cancer du sein faisant appel aux mammographies, et pourrait compter jusqu'à 20 centres de dépistage d'ici cinq ans.

Si des difficultés ayant trait au principe du caractère complet des services assurés ont été réglées assez rapidement, on ne peut en dire autant d'un litige avec le gouvernement du Québec au sujet de la transférabilité.

Dans la Loi canadienne sur la santé, la transférabilité est définie comme la prestation de services de santé assurés à des gens qui quittent temporairement leur province ou territoire. On l'interprète normalement de manière qu'elle signifie que les résidents du Canada peuvent être soignés n'importe où au pays lorsque survient sans avertissement un problème médical, sans qu'ils n'aient à débourser un sou de leur poche. Ils doivent cependant toujours obtenir un consentement préalable de leur propre régime d'assurance-maladie avant d'aller chercher à l'extérieur de la province un traitement médical ou chirurgical facultatif.

Au printemps 1988, toutes les provinces à l'exception du Québec avaient signé un accord de réciprocité sur la facturation des services médicaux garantissant la transférabilité des services assurés fournis par les médecins. Le Québec reconnaissait le principe de la transférabilité en ce qui a trait aux services hospitaliers, mais non à l'égard des honoraires des médecins.

Une telle situation a engendré des problèmes pour les Québécois dans la région de l'Outaouais, dans l'ouest du Québec, près d'Ottawa, et dans une moindre mesure, dans l'est de la province, près des villes de Campbellton et d'Edmunston à la frontière du Nouveau-Brunswick.

Environ 80 000 résidents de l'ouest du Québec se faisaient soigner chaque année à Ottawa et dans les municipalités avoisinantes. Certains s'y rendaient pour profiter d'établissements de traitement spécialisés comme l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario ou l'Institut de cardiologie d'Ottawa. D'autres y venaient par souci de commodité ou par préférence personnelle, des conditions qui ne sont pas garanties par les dispositions sur la transférabilité de la Loi canadienne sur la santé.

Le problème tient au fait que le Québec refusait de payer les taux applicables au régime ontarien d'assurance-maladie pour les résidents du Québec qui se faisaient soigner par des médecins d'Ottawa. Le barème d'honoraires des médecins du Québec est de beaucoup inférieur à celui des médecins de l'Ontario.

Les médecins d'Ottawa n'avaient que deux choix: accepter les taux inférieurs du Québec, ou exiger que les résidents québécois payent directement leurs honoraires en fonction du barème ontarien et s'occupent eux-mêmes d'obtenir un remboursement partiel du Québec.

Après des années de négociations sporadiques, le Québec a finalement accepté d'offrir aux résidents de l'Outaouais une transférabilité restreinte, à partir du 1er novembre 1989. L'entente s'applique aux résidents de l'Outaouais qui ont besoin de soins médicaux d'urgence à Ottawa, ou de soins spécialisés qu'ils ne peuvent obtenir dans l'Outaouais. Les services assurés en vertu de l'entente sont payés par le Québec, aux taux en vigueur en Ontario.[44]

Il s'agit bien sûr d'une amélioration qui devrait atténuer des difficultés locales incommodantes, mais on est loin du type de transférabilité qu'entrevoyait la Loi canadienne sur la santé. L'accord ne s'applique pas aux Québécois vivant à l'extérieur de la région de l'Outaouais ni aux résidents de l'Outaouais qui reçoivent des soins en dehors de la région de la capitale nationale - par exemple, des gens en voyage d'affaires ou en vacances dans d'autres régions du pays.

Le Conseil national du bien-être social croit fermement qu'un régime public d'assurance-maladie financé dans une large mesure par l'administration fédérale devrait accorder une protection entièrement transférable à tous les résidents du Canada, ainsi que le précise la Loi canadienne sur la santé.

Nous sommes aussi d'avis que l'administration fédérale devrait utiliser, en dernier recours, les dispositions de la Loi canadienne sur la santé sur les sanctions générales pour assurer le respect de la transférabilité ou d'un des autres principes du régime d'assurance-maladie. Il se peut que dans certains cas, les sanctions soient la seule manière d'obliger une province ou un territoire à s'acquitter de ses responsabilités juridiques. Et comme on a pu le constater dans le passé, lorsque des sanctions ont été appliquées qui soustrayaient un dollar pour chaque dollar de frais non autorisés, les sanctions peuvent surprendre les gouvernements et les forcer à réagir sans pour autant nuire aux services de santé accordés aux particuliers.

**Recommandation 13.** **L'administration fédérale devrait voir à ce que soient respectés les cinq principes de l'assurance-maladie: l'universalité, l'accessibilité, le caractère complet des services assurés, la transférabilité et l'administration publique. Elle ne devrait pas hésiter à se servir des dispositions générales de la Loi canadienne sur la santé prévoyant des sanctions, en dernier recours, pour régler des questions de principe.**

## 11. ARGUMENTS CONTRE LES PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE

Le Conseil national du bien-être social s'objecte depuis longtemps aux primes d'assurance-maladie, une façon injuste et inefficace de recueillir des fonds pour aider à défrayer le coût des soins de santé. Les primes sont intrinsèquement régressives et font porter un lourd fardeau à des grands nombres de personnes à faible ou à modeste revenu. Les dispositions administratives qui doivent être mises en place pour percevoir les primes et pour réduire ou abolir les coûts dans le cas des pauvres sont inutilement compliquées.

Certaines administrations provinciales et territoriales ont décidé d'éviter complètement les primes au moment d'adopter leur régime d'assurance-maladie. D'autres les ont abolies dans les années subséquentes et se procurent maintenant les sommes nécessaires par l'entremise d'impôts sur le revenu ou de charges sociales.

Les deux seuls gouvernements qui continuent à percevoir des primes d'assurance-maladie sont ceux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, ni l'un ni l'autre ne se montrant intéressé à changer sa façon de faire. L'Alberta a annoncé une hausse de primes pour le 1er octobre 1990 et en prévoit d'autres au cours des deux prochaines années.

Un examen plus poussé de la situation en Alberta et en Colombie-Britannique démontre à quel point ces primes sont injustes pour les personnes démunies, même lorsqu'on tient compte des subventions et de l'aide qui peuvent être accordées à cet égard.[45]

En Alberta, le 1er octobre 1990, les primes d'assurance-maladie étaient de 23 $ par mois ou 276 $ par année pour une personne seule et de 46 $ par mois ou 552 $ par année pour une famille. Il existe

des subventions qui réduisent les sommes que doivent verser certaines personnes à faible revenu et qui les abolissent complètement dans le cas des gens très pauvres. Mais un taux uniforme s'applique aux Albertains à revenu modeste comme aux millionnaires.

Le Tableau 3 indique le coût des primes d'un couple à un salarié avec deux enfants, entre le 1er juillet 1989 et le 30 juin 1990, soit avant l'entrée en vigueur des hausses de 1990. La première colonne montre le revenu imposable. La deuxième colonne indique le "solde imposable modifié", un calcul artificiel qui sert à déterminer les subventions. Le solde imposable modifié est le revenu imposable moins cinq fois la valeur des crédits d'impôt non remboursables dans les déclarations d'impôt. Dans la troisième colonne sont inscrites les primes pour les 12 mois suivant la soustraction des subventions.

**TABLEAU 3**

**PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE EN ALBERTA, COUPLE AVEC DEUX ENFANTS, 1989-1990**

| Revenu imposable | Solde imposable modifié | Primes annuelles |
|---|---|---|
| 16 000 $ | 5 474 $ | 0 $ |
| 18 000 | 7 400 | 153,00 |
| 20 000 | 9 327 | 306,00 |
| 22 000 | 11 253 | 463,50 |
| 24 000 | 13 179 | 463,50 |
| 26 000 | 15 105 | 463,50 |
| 28 000 | 17 042 | 463,50 |

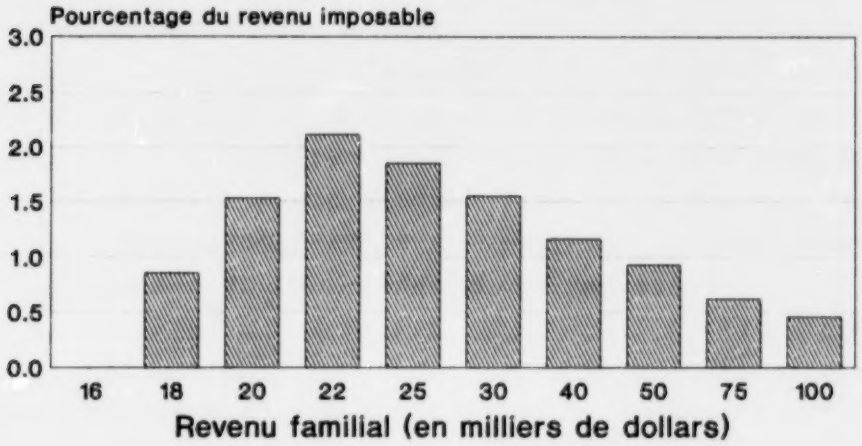
Les familles dont le solde imposable modifié est de 6 000 $ ou moins n'avaient aucune prime à payer. Les familles dont le solde dépasse 6 000 $ mais n'excède pas 10 000 $ ont reçu des subventions partielles. Celles dont le solde est supérieur à 10 000 $ ont payé le plein montant.

On remarque, à cause de la structure du système de subventions relatives aux primes, un "effet dentelé" qui pénalise les gens qui se trouvent immédiatement au-dessus des plafonds de chaque catégorie de subvention. Par exemple, une famille dont le solde imposable modifié est de 6 000 $ n'avait pas à payer de primes, alors que celle dont le solde est de 6 001 $ devait payer, à cause de ce dollar de revenu additionnel, des primes de 153 $ en 1989-1990.

Comme nous l'avons signalé au début du présent chapitre, c'est l'impact des primes sur les personnes défavorisées qui représente leur inconvénient majeur. La famille du Tableau 3 dont le revenu imposable était de 22 000 $ et le solde modifié, de 11 253 $, devait payer le plein montant des primes. Le revenu imposable de 22 000 $ équivaut à un revenu brut d'environ 24 000 $, soit bien en deçà du seuil de pauvreté estimatif de 28 061 $ en 1990 pour une famille de quatre dans une grande ville comme Edmonton ou Calgary.

En Alberta comme en Colombie-Britannique, les primes sont les mêmes pour tous les résidents qui se trouvent au-dessus des seuils ouvrant droit à des subventions et n'ont aucun lien avec la capacité contributive de chacun. Comme l'indique le Graphique B, un couple à salarié unique avec deux enfants dont le revenu imposable était de 22 000 $ versait environ deux pour cent de son revenu imposable sous forme de primes d'assurance-maladie en 1989-1990. La famille dont le revenu imposable est de 100 000 $ versait en primes moins de un demi d'un pour cent de son revenu imposable.

## Primes d'assurance-maladie de l'Alberta, comme pourcentage du revenu imposable, couple avec deux enfants, 1989-1990




Graphique B

Le système de primes d'assurance-maladie en Colombie-Britannique diffère un peu de celui de l'Alberta, mais ses défauts sont à peu près les mêmes. Le 1$^{er}$ avril 1989, les primes s'élevaient à 31 $ par mois ou 372 $ par année pour une personne seule, à 55 $ par mois ou 660 $ par année pour une famille de deux, et à 62 $ par mois ou 744 $ par année pour une famille de trois ou plus.

Le Tableau 4 indique le fonctionnement du système de primes pour la période de 12 mois commençant le 1$^{er}$ juillet 1989. La première colonne montre le revenu net qui apparaît sur la déclaration d'impôt sur le revenu. La deuxième colonne indique

le revenu net rajusté, c.-à-d. le revenu moins des déductions de 3 000 $ chacun pour un conjoint et deux enfants à charge. Dans la dernière colonne est indiqué le coût des primes après avoir soustrait l'aide accordée.

**TABLEAU 4**

**PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE, COUPLE AVEC DEUX ENFANTS, 1989-1990**

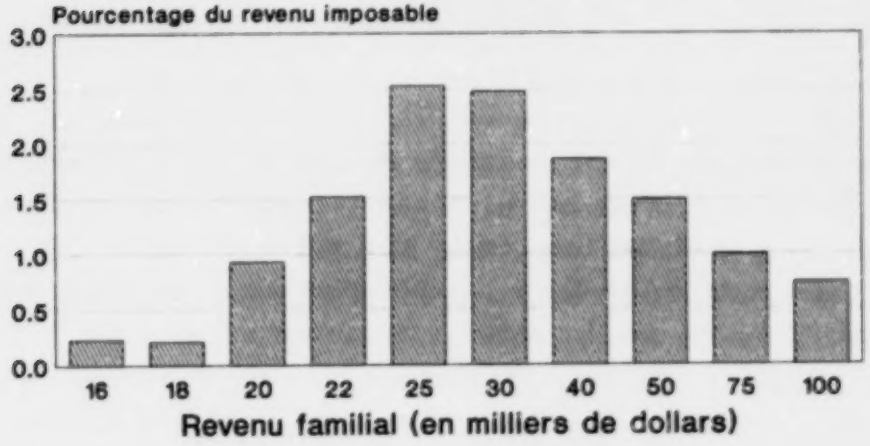
| Revenu net | Revenu net rajusté | Primes annuelles |
|---|---|---|
| 16 000 $ | 7 000 $ | 37,20 $ |
| 18 000 | 9 000 | 37,20 |
| 20 000 | 11 000 | 186,00 |
| 22 000 | 13 000 | 334,80 |
| 24 000 | 15 000 | 483,60 |
| 26 000 | 17 000 | 632,40 |
| 28 000 | 19 000 | 744,00 |

L'aide maximale qui est accordée est de 95 p. 100 du plein montant de la prime. Même les plus pauvres parmi les pauvres doivent payer 5 p. 100 de la prime. Une personne seule qui bénéficie d'une aide égale à 95 p. 100 débourse 1,55 $ par mois, un couple, 2,75 $, et une famille de trois ou plus, 3,10 $. Les coûts administratifs reliés à la perception de ces sommes tous les mois sont évidemment beaucoup plus élevés que les montants comme tels.

Une personne ou une famille dont le revenu net rajusté est de 9 000 $ ou moins obtient une subvention égale à 95 p. 100 des primes, celle qui dispose d'un revenu net rajusté variant entre 9 000,01 $ et 17 000 $ reçoit une aide moins importante, et au-dessus de 17 000 $, il faut payer le plein montant des primes.

Il y a, comme en Alberta, un effet dentelé dans le système des subventions relatives aux primes. Une famille dont le revenu net rajusté est de 9 000 $ verse des primes de 37,20 $ par année, alors que celle dont le revenu net rajusté est de 9 000,01 $ doit payer des primes de 186 $ par année à cause de ce sou supplémentaire.

## Primes d'assurance-maladie en C.-B., comme pourcentage du revenu imposable, couple avec deux enfants, 1989-1990




Graphique C

Le Graphique C révèle la répartition du fardeau des primes en Colombie-Britannique. Les classes moyennes supportent nettement le fardeau le plus lourd, jusqu'à 2,5 p. 100 de leur revenu net dans certains cas. La famille dont le revenu net est de 22 000 $ par année et qui se trouve bien en deçà du seuil de la pauvreté à Vancouver verse des primes égales à environ 1,5 p. 100 du revenu net. Les plus riches s'en tirent avec des primes équivalant à 1 p. 100 du revenu net ou moins.

Compte tenu de toutes ces lacunes, il est difficile de comprendre pourquoi les gouvernements de l'Alberta et de la Colombie-Britannique persistent à considérer les primes comme une façon intelligente de recueillir des fonds pour l'assurance-maladie, surtout maintenant que tous les autres gouvernements provinciaux et territoriaux ont rejeté le système de primes.

En dernière analyse, les fonds pour l'assurance-maladie proviennent de la même source, soit les contribuables. Les sommes versées aux soins de santé au moyen de primes peuvent provenir plutôt d'une augmentation de l'impôt sur le revenu ou de charges sociales. Nous préférons la voie de l'impôt sur le revenu, parce que le régime est simple sur le plan administratif, progressif et fondé sur la capacité contributive du contribuable.

Les charges sociales qu'utilisent plusieurs provinces pour obtenir une partie des fonds de l'assurance-maladie sont préférables aux primes, mais moins intéressantes que l'impôt sur le revenu. Nous espérons que les gouvernements provinciaux qui se servent de charges sociales veilleront aux besoins des organismes communautaires et sans but lucratif, qui pourraient avoir de la difficulté à faire face à ces nouveaux frais s'il n'y a pas de hausse des sommes qui proviennent du gouvernement.

Enfin, signalons au passage l'absurdité d'un des arguments qui a souvent servi au cours des ans à soutenir les primes, c'est-à-dire que les primes seraient un "lien visible" entre le coût du régime d'assurance-maladie et les soins de santé fournis. Il est difficile de croire que les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique qui payent des primes sont plus conscients des coûts des services que les résidents de la Saskatchewan qui n'en payent pas.

Les gouvernements qui se soucient d'informer les contribuables des coûts de l'assurance-maladie devraient plutôt leur fournir copie des factures que les médecins, dentistes et hôpitaux soumettent aux régimes provinciaux d'assurance-maladie pour les services fournis. On agit déjà de cette manière dans certains endroits de l'Île-du-Prince-Édouard et dans d'autres provinces. Les états de frais rappellent le coût des soins, mais aussi la valeur obtenue en retour des impôts payés.

**Recommandation 14.** **Le Conseil national du bien-être social incite l'Alberta et la Colombie-Britannique à examiner attentivement la question des primes et de leurs répercussions injustes sur les personnes à faible et à modeste revenu.**

**Recommandation 15.** **Le Conseil national du bien-être social encourage les gouvernements provinciaux à informer les résidents du coût des services médicaux qui leur sont fournis personnellement.**

## 12. EXTENSION DES SOINS PROLONGÉS

Tous les experts s'accordent à dire que la population du Canada continuera de "vieillir" perceptiblement au cours de la première partie du XXI[e] siècle. Il est presque certain que le nombre de Canadiens de 65 ans et plus doublera au cours des 35 prochaines années. Au sein de la population âgée, plus de gens vivront plus longtemps que jamais auparavant. Les personnes de 75 ans et plus représentent en ce moment un peu moins de 40 p. 100 de la population âgée; cette proportion pourrait se rapprocher de 70 p. 100 d'ici l'an 2026.[46]

Les personnes âgées sont depuis longtemps les principaux usagers des services de santé prolongés tels que les maisons de repos et les soins à domicile, et le besoin de tels services s'accroîtra forcément à mesure que la population vieillira. Les gouvernements seront-ils prêts à répondre à ce besoin?

Le Conseil national du bien-être social est d'avis qu'il est dans l'intérêt de tous et chacun d'accélérer le développement des services de soins prolongés à travers le pays. Nous croyons aussi que pour y parvenir, il faudra pouvoir compter sur le leadership du gouvernement fédéral et sur une quantité respectable de fonds fédéraux.

Les dispositions actuelles varient beaucoup d'une région à l'autre. Dans certaines provinces, les soins de longue durée sont une priorité, alors que dans d'autres, on ne leur a accordé qu'une bien faible attention.

Les provinces ont de la même façon réussi avec plus ou moins de succès à intégrer les aspects médicaux et non médicaux des soins prolongés. Bon nombre de personnes souhaitant demeurer dans leur propre foyer, par exemple, requièrent non seulement des soins

médicaux mais aussi des services de soutien divers afin de répondre à leurs besoins autres que médicaux. Un programme global de soins à domicile offrirait des services tels que des repas chauds, les services d'auxiliaires familiales, une aide pour les réparations domiciliaires mineures, des soins de jour et des services permettant aux membres de la famille qui assurent les soins de prendre congé de temps à autre.

Le programme québécois de soins à domicile offerts par l'entremise des centres locaux de services communautaires sert souvent d'exemple de programme bien conçu et coordonné, mais il semblerait que la demande dépasse toujours beaucoup l'offre.

L'étendue des services de soins prolongés présente certaines difficultés, mais on soupçonne que la qualité des services représente aussi un problème de taille. Bon nombre de provinces n'ont pas adopté des normes de soins rigoureuses, et certaines s'en remettent à des établissements à but lucratif qui sont loin d'être les mieux placés pour s'occuper de personnes fragiles et dépendantes.[47]

Ainsi que nous l'avons signalé au début du rapport, les nombreuses expressions qui servent à décrire les différents types de soins prolongés nuisent au recueil de données d'une province à l'autre et empêchent même qu'on puisse en discuter intelligemment.

En Ontario, par exemple, l'expression "maison de repos" désigne une entreprise commerciale privée alors qu'un "foyer pour personnes âgées" représente une entreprise sans but lucratif dirigée par une municipalité ou un organisme communautaire ou de charité. Les deux types d'établissements peuvent paraître semblables, mais ils sont régis par des lois distinctes et n'ont pas les mêmes droits à des subventions provinciales.

Il est aussi difficile d'obtenir des renseignements sur l'étendue des services offerts. Dans certaines provinces, les ministères ne consacrent que quelques paragraphes aux soins prolongés dans leur rapport annuel. La Saskatchewan fait toutefois exception à la règle: ses rapports annuels sur les soins de longue durée et les soins à domicile fournissent quantité de détails sur les programmes et sur les usagers.[48]

Mais les problèmes de terminologie et d'information ont bien peu d'importance comparativement aux restrictions financières imposées aux soins prolongés. Ces soins sont financièrement avantageux à long terme parce qu'ils sont moins coûteux que les soins hospitaliers, mais à brève échéance, la mise en place d'un nouveau système fera sans doute grimper les coûts.

Une étude effectuée par Woods Gordon pour le groupe d'étude de l'Association médicale canadienne sur la répartition des ressources en matière de soins de santé a examiné l'épargne qu'on réaliserait en diminuant de 9,45 à 6 p. 100 le taux de soins en établissement pour les personnes âgées. On y prédit que le recours à d'autres types de soins réduirait de 5,9 milliards de dollars l'augmentation prévue des coûts de fonctionnement annuels qui atteindront 13,7 milliards de dollars en l'an 2021. L'épargne de 5,9 milliards de dollars n'inclut pas les montants énormes économisés sur la construction d'immobilisations pendant une période de 40 ans.[49]

En faisant des suppositions plus conservatrices, le Dr John Horne de l'Université du Manitoba estime que les coûts de fonctionnement annuels économisés se situeraient entre 2,3 et 3,5 milliards de dollars en l'an 2021.[50]

Quelles que soient les données utilisées, il apparaît nettement qu'on peut réaliser des épargnes importantes en s'éloignant des types traditionnels de soins en établissement.

Il s'agit toutefois d'épargnes sous forme de réductions des hausses éventuelles de coûts plutôt que d'épargnes dans les dépenses courantes. En s'acquittant de la tâche très difficile qui consiste à répartir l'argent entre des domaines tout aussi prioritaires les uns que les autres - soit le cadre véritable dans lequel sont établis les budgets - la plupart des ministres des Finances hésitent à se départir aujourd'hui de sommes d'argent dans l'espoir de réaliser demain des économies.

Avant de proposer le mécanisme que nous privilégions pour faciliter l'élaboration de services de soins prolongés plus nombreux et de meilleure qualité, examinons les accords fiscaux actuels entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Ottawa prévoit des sommes d'argent pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire en vertu de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, mieux connue dans les milieux gouvernementaux sous l'appellation de Loi sur le financement des programmes établis. Les sommes comprennent une subvention visant de façon particulière les soins prolongés. Pour l'exercice 1989-1990, la subvention pour les soins prolongés s'élevait à 53,50 $ par personne ou à plus de 1,3 milliard de dollars pour le Canada en entier.

Les versements pour les soins de longue durée visent les soins intermédiaires en foyers d'accueil, les soins aux adultes en établissements, les hôpitaux qui s'occupaient des malades mentaux, les soins à domicile et les soins aux malades ambulatoires. En vertu des accords fiscaux antérieurs, le coût des services qui n'étaient pas prévus par les régimes provinciaux d'assurance-maladie était partagé également entre le gouvernement fédéral et les provinces aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, mais seulement dans le cas des personnes nécessiteuses.

Lorsque la Loi sur le financement des programmes établis est entrée en vigueur en 1977, ces programmes n'ont plus eu droit au partage des coûts. En d'autres mots, les provinces et les territoires ont obtenu de l'argent pour les soins prolongés au termes du FPÉ, mais ont perdu de l'argent en provenance du RAPC. L'étendue des gains ou des pertes varie considérablement en fonction des services de soins prolongés disponibles dans chaque province ou territoire et du pourcentage de personnes nécessiteuses utilisant les services.

Dès l'exercice 1980-1981, Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon étaient financièrement plus mal en point aux termes des nouveaux accords. Toutes les autres provinces et les territoires rapportaient des gains nets, notamment l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta.[51]

Ces dernières années, des réductions dans la formule générale du FPÉ décrétées par l'administration fédérale ont imposé des contraintes financières aux provinces et aux territoires.

À l'origine, l'aide fédérale par personne relativement à l'assurance-maladie, à l'enseignement postsecondaire et aux soins prolongés devait augmenter chaque année selon la hausse du produit national brut calculée comme moyenne mobile sur une période de trois ans.

La Loi sur le financement des programmes établis a été modifiée en 1986 de manière à réduire le taux de croissance des cotisations fédérales au niveau de la hausse du produit national brut moins deux pour cent. De nouvelles réductions ont été annoncées dans les discours des budgets de 1989 et 1990. Les subventions sont immobilisées aux niveaux de 1989-1990 pour une période de deux ans. À partir de 1992-1993, la croissance dans le FPÉ sera limitée à la hausse du PNB moins trois pour cent. Le taux de croissance ne sera toutefois pas inférieur aux taux d'inflation.

Le ministère des Finances n'a jamais publié de données précises sur les pertes résultant des modifications adoptées en 1986, mais il semblerait qu'elles varient entre 3,5 et 7 milliards de dollars jusqu'en 1990, selon le mécanisme utilisé pour faire les calculs.

Toujours selon le ministère des Finances, les pertes pour les cinq années commençant en 1990 s'élèveraient à 7,4 milliards de dollars. À l'extérieur, on croit que les pertes seront beaucoup plus importantes.

Pour les provinces et les territoires qui se démènent pour maintenir des programmes de qualité, ces coupures dans le financement fédéral constituent un revers important. Elles sont aussi un contretemps majeur pour les soins prolongés. Des provinces qui éprouvent déjà de la difficulté à faire face aux coûts des deux programmes établis (la santé et l'enseignement postsecondaire) ne seront pas en mesure de faire avancer sensiblement de nouveaux programmes.

Le Conseil national du bien-être social trouve tout à fait essentiel de renverser la politique fédérale si on veut mettre au point des accords sur les soins prolongés qui répondent aux besoins de la population vieillissante et qui se ressemblent d'une province à l'autre.

Nous espérons que les deux paliers de gouvernement pourront négocier une formule raisonnable de transferts dans le cadre du FPÉ, mais ils n'y parviendront que s'ils sont tous les deux prêts à faire des compromis.

L'administration fédérale devra accepter d'annuler au moins certaines des restrictions financières qu'elle a imposées aux provinces et territoires. Il serait à notre avis utile qu'Ottawa

offre aussi aux provinces et territoires certaines garanties contre l'adoption éventuelle de changements unilatéraux de la politique. Les coupures annoncées dans les discours des budgets de 1989 et 1990, par exemple, avaient été faites sans consultation réelle auprès des provinces et territoires. Le gel de deux ans annoncé dans le discours du budget de 1990 était particulièrement brusque, prévoyant à peine un mois avant l'entrée en vigueur de la mesure.

Selon nous, l'administration fédérale pourrait en retour exiger que les programmes de soins prolongés de toutes les provinces et des territoires respectent certaines conditions, de la même manière que la Loi canadienne sur la santé impose des conditions dans le domaine des services médicaux et hospitaliers.

Comme on l'a fait remarquer au Chapitre 10, la Loi canadienne sur la santé définit les principes d'universalité, d'accessibilité, de caractère complet des services, de transférabilité et d'administration publique. Elle comporte des dispositions particulières sur les frais à débourser par les usagers des services de santé, et elle permet à l'administration fédérale de priver de fonds les provinces ou territoires qui enfreignent ses dispositions.

Des conditions semblables pourraient être négociées dans le cadre d'un accord révisé sur le FPÉ. Les deux paliers de gouvernement pourraient, en faisant chacun des concessions, régler les différends qui les séparent depuis longtemps et s'engager dans la voie qui mènera à un système national de soins prolongés de qualité complétant notre système national actuel de soins médicaux et hospitaliers de qualité.

Recommandation 16. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient s'entendre dans les plus brefs délais sur les améliorations à apporter à l'accord actuel sur les services de soins prolongés. Dans le cadre de ce nouvel accord, Ottawa devrait verser des sommes supplémentaires pour les soins de longue durée, et les provinces et les territoires devraient à leur tour respecter les conditions régissant l'utilisation de ces fonds.

Recommandation 17. Pour que la population soit mieux renseignée, les gouvernements devraient tous s'entendre sur une terminologie uniforme en matière de soins prolongés.

## CONCLUSION

Il est rare qu'une journée passe sans qu'une question de santé ne fasse les manchettes. On nous annonce que le Canada dépense des sommes considérables pour améliorer l'état de santé de la population; le montant est-il trop élevé ou trop peu élevé? On entend parler de nouvelles techniques médicales et chirurgicales, du plus récent médicament miracle pour les troubles cardiaques aux expériences en génétique visant à venir à bout de maladies causées par des gènes déficients. Il est question de lits d'hôpitaux qui disparaissent, de longues listes d'attente pour la chirurgie facultative et d'autres engorgements dans le système.

Bien que ces aspects de la question méritent qu'on s'y attarde, nous avons plutôt voulu soulever ici des problèmes dont les experts discutent depuis bien des années mais qui sont généralement inconnus du grand public.

Nous voulions avant tout dire que nous considérons comme but ultime des politiques publiques l'amélioration de l'état de santé des Canadiens. Il faut par conséquent accorder à la promotion de la santé la même attention qu'on accorde au traitement de la mauvaise santé.

Nous avons cherché à démontrer que la santé ne relève pas exclusivement d'un bon système de soins de santé. Elle dépend de plusieurs facteurs qui dépassent souvent les responsabilités des ministères de la Santé ou des spécialistes en soins de santé.

Le Conseil des affaires sociales du Québec en arrive à peu près à la même conclusion, comme on a pu le constater au moment de la publication de son rapport intitulé Financement des services de santé: Défis pour les années 90:

> On entend de plus en plus parler de rendement décroissant dans le domaine de la santé. Cela signifie que le dollar additionnel investi dans les services de santé a moins d'impact sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population que les dollars investis précédemment. Par ailleurs, des études ont montré que des facteurs non médicaux tels le niveau d'éducation et le revenu jouent un rôle aussi déterminant, sinon plus, pour la santé que la disponibilité des services médicaux et hospitaliers.[52]

Le lien entre la pauvreté et un mauvais état de santé intéresse tout particulièrement le Conseil national du bien-être social, ainsi que nous l'avons indiqué dans la première partie du présent rapport. Nous avons préconisé l'adoption d'objectifs nationaux en matière de santé comme moyen d'attirer davantage l'attention de la population sur la santé et sur les mesures précises à prendre pour favoriser un meilleur état de santé. Nous avons aussi appuyé la notion de "politiques publiques favorisant la santé", une approche qui aiderait à assurer que des ministères et organismes gouvernementaux autres que les ministères de la Santé étudient les effets probables de leurs orientations sur la santé des Canadiens.

Nous nous sommes alors arrêtés au système de soins de santé qui s'est développé au fil des ans au Canada et avons souligné les problèmes que les gouvernements doivent encore régler dans ce domaine. Nous avons noté entre autre le recours à la technologie et le mauvais usage de la technologie en médecine moderne ainsi que le besoin de nouveaux mécanismes de prestation des services. Nous applaudissons aux efforts des gouvernements fédéral et provinciaux pour mettre sur pied un office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé et nous avons proposé la mise en place d'une caisse fédérale-provinciale d'innovation chargée de mettre au point de nouveaux mécanismes de prestation

des services. Ces deux projets pourraient certes avoir un impact majeur sur notre système de soins de santé, sans pour autant exiger d'importants déboursés.

Enfin, nous avons étudié le régime d'assurance-maladie et souligné certaines de ses lacunes. Nous nous soucions surtout de trouver une façon de fournir des soins ininterrompus aux personnes âgées souffrant de maladies chroniques sans avoir à les placer dans des établissements dispendieux et parfois impersonnels. Les planificateurs et les personnes politiques vantent depuis des années les programmes communautaires qui permettraient aux gens de demeurer chez elles, mais la demande de soins au niveau communautaire excède de beaucoup l'offre. Une participation fédérale plus dynamique aiderait à favoriser la mise en place de services complets à travers le pays.

Les Canadiens peuvent être fiers de leur état de santé et de leur système de soins de santé. Mais cette fierté ne doit pas nous empêcher de constater qu'il est possible d'apporter d'importantes améliorations à la santé, aux soins de santé et au régime d'assurance-maladie si nous nous montrons ouverts à de nouvelles idées et si nous sommes prêts à mettre en question la sagesse populaire.

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

1. Le gouvernement fédéral devrait entreprendre à intervalles réguliers des enquêtes sur la santé des Canadiens et chercher tout particulièrement à comprendre l'écart de santé entre les riches et les pauvres.

2. L'administration fédérale devrait consacrer davantage de ressources, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement, à la recherche sur les causes de l'écart de santé et les stratégies visant à réduire cet écart.

3. Les gouvernements et les organismes représentant les autochtones devraient trouver une solution au problème de longue date de la responsabilité pour les services aux autochtones habitant à l'extérieur des réserves.

4. L'administration fédérale devrait garantir le financement adéquat de projets dans les réserves indiennes qui amélioreraient l'état de santé et de bien-être des résidents. Il faudrait entre autres prévoir des systèmes modernes d'eau potable et d'égouts ainsi qu'une gamme étendue de services de santé et de services sociaux.

5. Le Conseil national du bien-être social propose la création d'un conseil canadien de la santé chargé d'établir des objectifs en matière de santé et de surveiller les progrès en vue de leur réalisation. Le nouveau conseil devrait regrouper des personnes nommées par des gouvernements, des organismes professionnels du domaine de la santé, ainsi que d'autres groupes s'intéressant à la santé.

6. Le Conseil national du bien-être social appuie la notion de "politiques publiques favorisant la santé" et incite tous les gouvernements à en faire une pratique courante de leur prise de décisions. Les gouvernements devraient aussi songer à exiger des évaluations de l'impact sur la santé, de la même manière qu'ils exigent des évaluations de l'impact sur l'environnement.

7. Le Conseil national du bien-être social rappelle aux gouvernements que les recommandations présentées dans les rapports antérieurs du Conseil sur la fiscalité, l'emploi et l'aide sociale, par exemple, aideraient aussi à améliorer l'état de santé des personnes pauvres.

8. Le Conseil national du bien-être social félicite les gouvernements fédéral et provinciaux de la collaboration dont ils ont fait preuve et qui a donné lieu à la création de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Nous incitons les deux paliers de gouvernement à s'assurer que l'Office dispose de suffisamment de personnel et d'argent pour influencer de façon marquée l'évolution de la technologie médicale au Canada.

9. Les différents paliers de gouvernement devraient travailler en collaboration plus étroite les uns avec les autres et avec les professions du domaine de la santé afin de préciser les besoins en ressources humaines dans le domaine des soins de santé. Les gouvernements devraient se soucier d'améliorer les conditions de travail et faire leur possible pour inciter les spécialistes à continuer à oeuvrer dans leur domaine choisi.

10. L'administration fédérale et les provinces devraient créer une caisse d'innovation qui favoriserait la recherche visant à mettre au point des façons plus rentables ou plus appropriées de fournir des services de santé à travers le pays.

11. Le Conseil national du bien-être social félicite les gouvernements fédéral et provinciaux et les associations professionnelles du domaine des soins de santé de leur appui aux nouveaux systèmes d'information compatibles à l'échelle du pays. Nous souhaitons voir de nouveaux progrès dans l'élaboration de "cartes mémoire" et la modernisation des bases de données des programmes provinciaux d'assurance-maladie.

12. Le Conseil national du bien-être social appuie la décision du gouvernement fédéral de dédommager les gens qui ont accidentellement contracté le virus du SIDA au moyen de transfusions de sang ou de produits du sang contaminés. Nous préconisons l'adoption de mesures analogues "sans égard à la responsabilité" dans les plus brefs délais pour les victimes de blessures reliées à l'immunisation.

13. L'administration fédérale devrait chercher plus activement à protéger les cinq principes de l'assurance-maladie, soit l'universalité, l'accessibilité, le caractère complet des services assurés, la transférabilité et l'administration publique. Elle ne devrait pas hésiter à utiliser, en dernier recours, les dispositions de la Loi canadienne sur la santé portant sur les sanctions générales, pour résoudre des difficultés relatives à des questions de principe.

14. Le Conseil national du bien-être social invite l'Alberta et la Colombie-Britannique à examiner attentivement la question des primes et leur impact négatif sur les personnes à faible et à modeste revenu.

15. Le Conseil national du bien-être social incite les gouvernements provinciaux à renseigner les résidents sur les coûts des services médicaux qui leur sont fournis.

16. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient négocier le plus rapidement possible des améliorations dans leur accord actuel sur les services de soins prolongés. Dans le cadre d'un accord révisé, Ottawa devrait prévoir des sommes supplémentaires pour les soins prolongés, et les provinces et les territoires devraient en retour accepter les conditions régissant l'utilisation de ces fonds.

17. Pour que la population puisse être mieux informée, tous les gouvernements devraient s'entendre sur une terminologie uniforme en matière de services de soins prolongés.

## NOTES BIOGRAPHIQUES

1. Les deux études qui ont servi de base aux renseignements fournis dans cette page et dans le Tableau 1 à la page 9 sont: Wilkins, Russell, Owen Adams et Anna Brancker, "Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986", Statistique Canada, Rapports sur la santé, vol. 1, n° 2, mars 1990; et Wigle, Donald T. et Yang Mao, Mortalité urbaine au Canada selon le niveau de revenu (Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1980).

2. Les quartiers ont été répartis en cinq groupes d'après le pourcentage de résidents vivant sous les seuils des faibles revenus de Statistique Canada, appelés aussi seuils de pauvreté. Dans les quartiers les plus pauvres, un résident sur trois vivait sous le seuil de faible revenu en 1986. Dans les quartiers les plus favorisés, un résident sur quinze vivait sous le seuil.

3. Wolfson, Michael, Geoff Rowe, Jane F. Gentleman et Monica Tomiak, "L'incidence des revenus sur la mortalité sur une période de vingt-cinq ans", Documents de recherche, n° 30, Direction des études analytiques, Statistique Canada.

4. La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada (Ottawa: Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, 1981), p. 118.

5. Le tableau et les renseignements fournis dans la citation qui suit sont tirés de: Wilkins, Russell et Owen Adams, The Healthfulness of Life (Montréal: Institut de recherches politiques, 1983), p. 93 à 99. Les participants ont été inscrits dans un des cinq groupes d'après leur revenu, soit une méthodologie différente de celle de la note 2.

6. Ce paragraphe et les trois suivants sont tirés des Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine, Fascicule n° 2, le 21 février 1990, notamment des p. 2-4 à 2-8.

7. Marmot, M. G., M. Kogevinas, et M. Elston, "Social-Economic Status and Disease", Annual Review of Public Health, Vol. 8, 1987, p. 129.

8. Wilkinson, Richard G., "Income and Mortality", dans Class and Health, (London and New York: Tavistock Puclications, 1986) p. 110-111.

9. Epp, Jake, La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé (Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1986).

10. Hagey, N. Janet, Gilles Larocque et Catherine McBride, "Faits saillants des conditions des autochtones, 1981-2001, Partie I, Tendances démographiques", Affaires indiennes et du Nord Canada, 1989, p. 21-22.

11. Hagey, Larocque et McBride, "Faits saillants des conditions des autochtones, 1981-2001, Partie II, Conditions sociales", Affaires indiennes et du Nord Canada, 1989, p. 25.

12. Bobet, Ellen, "La mortalité dans la population indienne", Tendances sociales canadiennes, Hiver 1989, p. 12-13.

13. Avard, Denise et Louise Hanvey, La santé des enfants du Canada: profil réalisé par l'ICSI (Ottawa: Institut canadien de la santé infantile, 1989), p. 118.

14. Bobet, p. 12-13.

15. Munro, John, Les Indiens: situation actuelle (Ottawa: Ministères des Affaires indiennes et du Nord, 1980), p. 154.

16. White, Pamela M., Les femmes autochtones: un aperçu (Ottawa: Secrétariat d'État, 1985), p. 22.

17. Munro, p. 31 à 35.

18. Voir U.S. Department of Health and Human Services, Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation (Washington, 1980) et la mise à jour de 1986 de The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review.

19. Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation, p. 5 à 7.

20. Objectif: santé, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Conseil des affaires sociales et de la famille du Québec, août 1984.

21. Health for All Ontario, Report of the Panel on Health Goals for Ontario (août 1987).

22. Voir le "Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada" (juin 1987).

23. Lalonde, Marc, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974), p. 19.

24. Epp, p. 10 (voir la note 9).

25. Comité d'examen de l'aide sociale en Ontario, Transitions (Toronto: Imprimeur de la Reine en Ontario, 1988), p. 110-111.

26. Rachlis, Michael M. et Carol Kushner, Second Opinion (Toronto: Collins Publishers, 1989), p. 308-325.

27. Les renseignements fournis d'ici la fin du chapitre sont tirés de In Trouble, A Way Out: A Report on Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases in Alberta Teens (Calgary: Calgary Health Services, 1987).

28. Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, La santé: une nécessaire réorientation (Ottawa: Association médicale canadienne, 1984) p. 68.

29. Stoddart, Greg et David Feeny, "Policy Options for Health Care Technology" dans Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy (Montréal: Institut de recherches politiques, 1986), p. 225.

30. "Ontario Rationing Kidney Treatment Doctors Charge", Toronto Star, le 28 juillet 1988, p. 1.

31. Journal of the American Medical Association, le 4 mars 1988, p. 1382-1384 et le 11 mars 1988, p. 1557-1559.

32. Les renseignements relatifs à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé ont été fournis par Santé et Bien-être social Canada.

33. "Hospital to Offer Bonuses to Hold, Lure Nursing Staff", Globe and Mail de Toronto, le 5 juillet 1990, p. 1.

34. Main-d'oeuvre médicale au Canada: 1980-2000, Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la main-d'oeuvre sanitaire (Ronéo, 1984), p. 15.

35. Canadian Physician Resources, Report of the Committee on Physician Resources de l'Association médicale canadienne (août 1989), p. 29 à 31.

36. Comme la note précédente, p. 46.

37. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Submission to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology (janvier 1990), p. 14 à 16.

38. Comme la note précédente, p. 7.

39. Ministres provinciaux-territoriaux de la Santé, Future Directions for Health Care Services (Toronto, 1987), p. 9.

40. Les renseignements présentés dans cette section ont été fournis par Le Groupe MIS.

41. Les renseignements au sujet du Conseil et de ses activités ont paru dans la revue de Statistique Canada Vue d'ensemble, vol. 1, n° 2, été 1989. D'autres renseignements ont été fournis par des hauts fonctionnaires fédéraux.

42. Prichard, J. Robert S., La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé, Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé (Toronto: University of Toronto Press, 1990), p. 1-10.

43. Ce chapitre a été rédigé d'après le texte de la Loi canadienne sur la santé et des coupures de presse.

44. Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais nous a remis copie de l'accord.

45. Les renseignements au sujet des primes et des subventions ont été fournis par les gouvernements de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Le Conseil national du bien-être social a utilisé les renseignements pour préparer les données fournies dans les Tableaux 3 et 4 et les Graphiques B et C.

46. Troisième âge et soins de santé: actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé (Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services, 1986), p. 212.

47. Le Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé (voir la note 28) présente des plaintes particulièrement poignantes au sujet des soins dans certaines maisons de repos.

48. Voir Saskatchewan Home Care Statistical Report ou Statistical Report on Long-Term Care in Special-Care Homes and Hospitals, publiés par la Continuing Care Division du Saskatchewan Health Department.

49. Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, p. 34.

50. Troisième âge et soins de santé, p. 83 à 86 (voir la note 46).

51. Le fédéralisme fiscal au Canada, Rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces (Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services, 1981), p. 128-129.

52. Tiré de "Bilan et perspectives" publié par le Conseil des affaires sociales pour annoncer la publication de Financement des services de santé: défis pour les années 90 (Québec: Gouvernement du Québec, 1990).

## MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Mad. Ann Gagnon (présidente)
Montréal (Québec)

Mad. Lucie Blais
Sullivan (Québec)

M. Jean-Maurice Boudreau
Port-Daniel (Québec)

Mad. Enza Colavecchia
Brampton (Ont.)

M. Richard S. Cumbo
Toronto (Ont.)

Mad. Nova Dickie
Nanoose Bay (C.-B.)

Mad. Solange Fernet-Gervais
Hérouxville (Québec)

Mad. Mary Hamann
Trail (C.-B.)

Mad. Verda Hedges
Calgary (Alb.)

Mad. M. A. Krueger
Estevan (Sask.)

Mad. Sharon MacKay
Hunter River (Î.-P.-É.)

Mad. Marvelle McPherson
Winnipeg (Man.)

Mad. Judy Mintz
Dundas (Ont.)

Mad. Nancy Nash-Foster
Kingston (Ont.)

M. Ronald Noseworthy
Grand Bank (T.-N.)

M. Ted Paterson
Winnipeg (Man.)

M. Thomas Power
St. Mary's Bay, (T.-N.)

Mad. Wendy Terry
Toronto (Ont.)

M. Robert White
Stellarton (N.-É.)

**********

Conseil national du bien-être social
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa K1A 0K9

Directeur: Ken Battle
Directeur adjoint: Steve Kerstetter
Consultant: Michael Mendelson

## CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

La Loi de 1969 sur l'organisation du gouvernement a institué le Conseil national du bien-être social en tant qu'organisme consultatif de citoyens auprès du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Le Conseil a pour mandat de conseiller le Ministre sur des questions relatives au bien-être social.

Le Conseil est composé de 21 membres nommés par le gouverneur en conseil et provenant de diverses régions du Canada. Les membres agissent à titre personnel et non en tant que représentants d'organismes ou d'agences. Ils sont d'anciens ou d'actuels assistés sociaux, des locataires de logements publics et d'autres citoyens à faible revenu, ou des avocats, des enseignants, des travailleurs sociaux et d'autres personnes travaillant au sein d'associations de services bénévoles, d'organismes privés d'aide sociale et d'écoles de service social.

Les rapports du Conseil national du bien-être social ont porté sur une vaste gamme de questions relatives à la pauvreté et à la politique sociale au Canada, notamment les programmes de sécurité de revenu, les soins de santé, les seuils de pauvreté et des données statistiques sur la pauvreté, le système de revenus de retraite, les personnes âgées, la réforme de la fiscalité, les petits salariés, les enfants pauvres, le développement économique communautaire, la femme et la pauvreté, la politique de l'emploi, les familles monoparentales, les services sociaux, la nutrition, l'organisation communautaire, les services d'aide à l'enfance, les groupes de personnes défavorisées, l'assistance judicaire/les services juridiques, les consommateurs à faible revenu, le reportage sur la pauvreté dans la presse canadienne et la réforme du bien-être social.

All publications of the National Council of Welfare are available in English. For copies please write to the National Council of Welfare, Brooke Claxton Building, OTTAWA K1A 0K9